

PARA TÍTULOS PROFESIONALES DE ESPECIALISTAS (CUARTO NIVEL)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

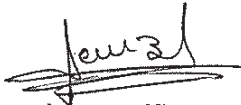
DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotras, BLANCA DELFINA AIGAJE DÍAZ Y GABRIELA MARITZA SUÁREZ CHAMBA con C.I. 171473574-1 y 171563996-7 respectivamente autoras del trabajo de graduación intitulado: "RESPUESTA FAMILIAR A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES MENORES DE 19 AÑOS EN LA ZONA RURAL QUE ACUDEN AL HOSPITAL "PEDRO VICENTE MALDONADO" EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE NOVIEMBRE DEL 2012 A ABRIL 2013" en la Facultad de Medicina:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 14 de agosto de 2013



Dra. Blanca Delfina Aigaje Díaz
C.I. 171473574-1



Dra. Gabriela Maritza Suárez Chamba
C.I. 171563996-7

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

RESPUESTA FAMILIAR A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES
MENORES DE 19 AÑOS EN LA ZONA RURAL QUE ACUDE AL
HOSPITAL “PEDRO VICENTE MALDONADO” EN EL PERÍODO
COMPRENDIDO ENTRE NOVIEMBRE DEL 2012 A ABRIL 2013.

AUTORES:

AIGAJE DÍAZ BLANCA DELFINA

SUÁREZ CHAMBA GABRIELA MARITZA

DIRECTOR:

Dr. Diego Herrera

Quito, Agosto 2013

CONTENIDO

	Página
1. Resumen.....	1
1.1. Resultados.....	2
1.2. Conclusiones.....	2
2. Introducción.	6
3. Marco Teórico.....	8
3.1. Embarazo en la adolescencia.....	8
3.1.2. Epidemiología del embarazo adolescente.....	8
3.1.3. Factores de riesgo del embarazo adolescentes.....	10
3.2. Ruralidad y familias.....	12
3.3. Ruralidad y adolescencia.....	15
3.4. Familia y embarazo adolescente.....	19
3.4.1. Dinámica Familiar.....	20
3.5. Análisis de patrones fenomenológicos.....	26
4. Justificación.....	33
5. Planteamiento del Problema	36
6. Objetivos del Estudio	38
7. Hipótesis.....	39
7.1. Variables.....	39
7.2. Operativización de variables.....	40
8. Diseño metodológico.....	41
8.1. Tipo de estudio.....	43

8.2	Universo y Muestra	43
8.2.1.	Diseño muestral.....	43
8.2.2.	Instrumentos de recolección.....	44
9.	Análisis de Datos.....	45
10.	Resultados.....	45
10.1.	Características de la población de estudio.....	45
10.2.	Respuesta Familiar.....	48
10.3.	Patrones fenomenológicos.....	48
10.4.	Características de las familias según la estructura.....	49
10.5	Roles.....	50
10.6	Solución de conflictos.....	50
10.7.	Características de las viviendas de los entrevistados.....	54
11.	Conclusiones.....	54
12.	Recomendaciones.....	57
13.	Bibliografía.....	60
14	Anexos.....	69

1. RESUMEN

El embarazo en la adolescencia puede ser un impacto arrasador para la vida familiar que provoca variaciones y cambios fuera de lo habitual , aunque en la zona rural la familia y la maternidad adolescente no se ajustan al paradigma clásico de la medicina, siendo necesario particularizar y caracterizar las vivencias de las familias en este sector, es así que la actitud de la familia ante este acontecimiento, es de gran importancia para la salud, el bienestar y la calidad de vida de la misma, tratándose de un proceso no solo biológico sino también psicosocial por lo creemos importante realizar una investigación que caracterice a las familia de dichas gestantes.

El trabajo que se llevó a cabo, es un estudio cualitativo, descriptivo, etnográfico, a pacientes adolescentes embarazadas menores de 19 años y sus familias que acuden al Hospital Pedro Vicente Maldonado, del Noroccidente de Pichincha, se estudió patrones de respuesta familiar frente al embarazo adolescente, mediante la estructura de la familia, su dinámica familiar, las cuales se seleccionaron por conveniencia, además para la recolección de datos de utilizó entrevistas semi-estructuradas y familiogramas.

El tamaño de la muestra se realizó por el método de saturación, la misma que fue alcanzada con la investigación de 15 familias y para la interpretación de la respuesta familiar se usó metodología cualitativa entre ellas Terapia Sistémica, Fenomenología y Ciencias Humanas.

1.1. Resultados.

De las 15 adolescentes entrevistadas, la mayoría cumplía con los patrones fenomenológicos buscados. En cuanto a la estructura y la organización familiar se encontró que, 11 familias (66.6%) son nucleares, familia extensa 5 familias (33.3%).

En cuanto al conflicto generado por el embarazo adolescente, inicialmente se genera como una crisis no normativa, de adición por tratarse de un embarazo no planificado, el estrés genera cambios pero estos generalmente no afectan al sistema.

1.2. Conclusiones.

El sueño de las adolescentes para su futuro, si bien existe una meta específica de maternidad, nos preguntamos si esta se refiere, más bien, a una entidad hipotecada, aquella en que el compromiso es fruto de la presión del entorno familiar, social y cultural y no producto de una búsqueda personal activa.

En este sentido, los resultados de este estudio serían congruentes con los planteamientos de Hamel (1993), cuando postula que el “sueño” de la maternidad en la mujer adolescente podría conectarse a las escasas alternativas de desarrollo socioeconómico que se le ofrece a la adolescente rural y al mandato social de asumir los arraigados roles de madre y esposa.

1. ABSTRACT

The teenage pregnancy can be a devastating impact on family life that causes variations and changes out of the ordinary, but in rural family and teenage motherhood do not fit the classic paradigm of medicine, being necessary to particularize and characterize the experiences of families in this area, so that the attitude of the family to this event, is of great importance to the health, welfare and quality of life of the same, being a process not only biological but also psychosocial believe it important to conduct research that characterizes the family of these pregnant.

The work was carried out, is a cross-sectional study, ethnographic, pregnant adolescent patients age 19 and their families who come to the Hospital Pedro Vicente Maldonado, from northwestern Pichincha, was studied family response patterns against teen pregnancy , by family structure, family dynamics, which were selected for convenience, in addition to data collection used semi-structured interviews and familiogramas.

The sample size was performed by the method of saturation, the same as was achieved with the investigation of 15 families and to the interpretation of the familiar response qualitative methodology was used including Systemic Therapy, Phenomenology and Human Sciences.

1.1 Results.

Of the 15 adolescents interviewed, most sought phenomenological patterns. In terms of structure and family organization found that 11 families (66.6%) are nuclear, extended family five families (33.3%).

On the conflict generated teen pregnancy, initially generated as a normative crisis, addition because it is an unplanned pregnancy, stress causes changes but these usually do not affect the system.

1.2 Conclusions.

The girls dream of their future, although there is a specific goal of motherhood, we wonder if this refers, rather, to a mortgage company, one in which the commitment is the result of pressure from family, social and cultural and not the product of a personal quest active.

In this sense, the results of this study would be consistent with the approach of Hamel (1993), when he postulates that the "dream" of motherhood in teenagers could be connected to the low socio-economic development alternatives offered to the adolescent rural and social mandate to take on the entrenched roles of mother and wife.

2. INTRODUCCIÓN

La adolescencia considerada como una etapa de transición entre la niñez y adultez, que presenta una evolución del desarrollo biológico separando progresivamente lo psicológico de lo social, observándose un descenso en la edad de la menarquía, lo que les permite ser madres a edades tan tempranas como los 11 años, pero la madurez psicosocial, en cambio, progresa lentamente ocurriendo a edades avanzadas, constituyendo así al embarazo en adolescentes en un importante problema de salud pública a nivel mundial, y sobre todo en nuestro país.

La maternidad adolescente es uno de los factores que tiende a profundizar el círculo de la pobreza y falta de oportunidades además porque se relaciona con una elevada morbilidad y mortalidad materno infantil en comparación con las gestantes adultas, además conlleva a dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo que puede determinar el sentido de la vida y el bienestar futuro.

Frecuentemente, el embarazo adolescente es no deseado, con una relación débil de la pareja, provocando reacción del grupo familiar, amigos, maestros, creando grandes crisis psicosociales, todo ello obliga a profundizar en el grado de funcionamiento de las familias, ya que este “influye en la aparición enfermedades y en las conductas de riesgo de salud”.

Por lo mencionado anteriormente nos damos cuenta que este tipo de problema social no es reciente, es decir que desde hace años existe y se han realizado muchas investigaciones, sin una resolución concreta y que últimamente se ha expandido considerablemente en nuestro país.

La elaboración del presente trabajo de investigación está motivado por nuestra inquietud debido al incremento de embarazos en adolescentes a temprana edad, que se evidencia como parte de la cultura rural y como es su respuesta familiar frente a este evento.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Embarazo en la adolescencia

La OMS, lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".

3.1.2. Epidemiología del embarazo adolescente.

Desde 1990, las zonas rurales han tenido porcentajes proporcionalmente mayores de nacimientos en adolescentes (15%) que en las urbanas (12%) , llevando consecuencias como el abandono escolar que hace hincapié más en la pobreza rural que la ruralidad entre sí. (20)(Berry, Ph, Shillington, Peak, & Hohman, 2000).

La incidencia de maternidad en niñas y adolescentes por nivel de condiciones de vida, denota una alta relación entre el acceso a oportunidades y el prematuro ejercicio de las relaciones sexuales entre la población adolescente, que en la mayoría de los casos desemboca en embarazos precoces. En efecto, la incidencia de maternidad adolescente es el 18% en adolescentes en indigencia y 9% en adolescentes no pobres,

volviéndose más marcada la diferencia más marcada de tasas de mortalidad de adolescentes a partir de los 15 años. (4)(Secretaría del Concejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia (CNNA, 2013).

De acuerdo con el último censo de población y vivienda, realizado en 2010, en el país hay 346.700 adolescentes, de las cuales 2080 ya ha sido madres. Si bien la cifra representa menos del 1% del total, da cuenta de un incremento del 74% en los 10 últimos años las provincias con mayor número de madres adolescentes son Esmeraldas, Los Ríos, Sucumbíos, Orellana, Morona Santiago y Zamora Chinchipe, según el censo población y vivienda 2010. Pedro Vicente Maldonado por ubicación geográfica atiende a la provincia de Esmeraldas.

Estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes. En América latina, el país ocupa el segundo lugar, después de Venezuela, según consta en el plan andino de prevención del embarazo en adolescentes.

El riesgo de defunción materna es elevado en la adolescencia, debido a su edad gestacional, cuyas causas principales en 2009 fueron las hemorragias posparto (32%), los trastornos hipertensivos (30%) y las sepsis (14%) y otras causas constituyen el 15%.(11)(Pamela J. Gennari, 2013)

3.1.3. Factores de riesgo del embarazo adolescente.

Los adolescentes parecen estar en mayor riesgo de resultados adversos del embarazo, como recién nacidos con bajo peso al nacer y la mortalidad infantil. Si estos resultados son fruto de la inmadurez biológica o factores sociodemográficos relacionados con el embarazo adolescente (por ejemplo, nivel cultural, soltera, menor estatus económico) sigue siendo poco clara.

En un estudio se analizó la naturaleza de la violencia mutua en una muestra de mujeres embarazadas y madres adolescentes latinas.

La muestra consistió en 73 mujeres adolescentes latinas, de los cuales un pequeño número (12 de 73; 16%) no reportaron conflictos agresivos, ochenta y cuatro por ciento (61 de 73) de los encuestados del estudio reportaron haber sufrido por lo menos una forma de agresión psicológica y menor del 62% (45 de 73) reportaron haber recibido al menos una forma de violencia físico menor en los últimos 6 meses.

La discusión del contexto de violencia psicológica, física y sexual agresión en las relaciones entre adolescentes sugiere enfoques alternativos para prevención de la violencia de pareja en la adolescencia.¹⁹ (Sue Newman & Campbell, 2011).

El embarazo en adolescentes, se asocia con varios resultados adversos socioeconómicos adversos para la madre, el padre y el hijo que incluyen:

- Madre

Menos probabilidades de recibir un diploma de escuela secundaria

Más probabilidades de vivir en la pobreza

En riesgo de la violencia infligida por la pareja

- Padre

Finalizar menos años de escolaridad que los padres mayores

Menos ingresos económicos

Menos probabilidades de tener un trabajo

- Niño

Riesgo de no tener buena salud y los trastornos cognitivos

Más probabilidades de ser abandonados o maltratados

Las mujeres tienen más probabilidades de tener un embarazo en la adolescencia, y los hombres tienen una mayor tasa de encarcelamiento (R, Chaco, 2012).

El embarazo en la adolescencia es parte del círculo vicioso de la pobreza, es un problema de la comunidad, porque de lo social y condiciones culturales experimentados por los jóvenes que tienen que modificar sus aspiraciones futuras y sus familias provocando generaciones-padres e hijas- con baja escolaridad. (16) (Gomes, Speizer, Gomes, Oliveira, & Moura, 2008).

Con respecto a la morbilidad materno fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso,

aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la pre eclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro. (Río, León, Minassian, Borgoño, & Bustamante, 2008).

Otro factor social que influye en el embarazo adolescente es una información errónea sobre el sexo y la planificación familiar que da lugar a mal entendidos y falta de usos de anticonceptivos de los adolescentes. (Pamela J. Gennari, 2013).

3.2. Ruralidad y familias.

Sobre la realidad de las familias rurales poco se conoce y en general se hacen aplicaciones, como si tuvieran la misma realidad de las familias urbanas. Esta situación hace que las lecturas que se hacen de las familias rurales, provengan de consideraciones del tipo de familia urbana, sin

distinguir las prácticas, organización y diferencias sociales, económicas y culturales propias de otros sectores. (Castro, 2012).

Wanderley (2001) nos plantea que al mundo rural pertenecen particularidades históricas, sociales, culturales, con una realidad propia y una forma de relacionarse con la sociedad. Es así que tienen su propia identidad, característica importante para el desarrollo de nuestra investigación.

Sergio Gómez (2003), identifica por su parte “lo rural” o “la ruralidad”, donde se pueden observar tres elementos:

- a) Espacio y actividades: referido a espacios de una densidad relativamente baja, donde se realizan actividades tales como la agricultura, ganadería, artesanía, empresas pequeñas y medianas, turismo rural, entre otras.
- b) Especificidad: lo rural comprende un tipo particular de relaciones con un componente personal predominante, con una fuerte base en las relaciones vecinales, con una prolongada presencia en el territorio y de parentesco entre una parte significativa de los habitantes.
- c) Alcance con dos dimensiones: una relativa al límite, hasta donde se extienden las relaciones personales hacia espacios más densamente

poblados, pasando allí a primar las relaciones funcionales. Y la otra dimensión relacionada al grado de integración frente a los servicios, mercados, etc.(Castro, 2012)

Con esta recopilación de datos, se define que el concepto “ruralidad es más complejo” y que no concuerda con la visión tradicional que hacía referencia a lo rural coincidente sólo con lo agrícola y por otra parte a una visión residual y de atraso con respecto a lo urbano y la industrialización.

Diremos entonces, que las familias rurales se caracterizan por vivir en territorios con densidad poblacional relativamente baja, con prolongada presencia de generaciones en éste, por tanto con importantes relaciones de parentesco asentadas en el lugar, con identidades ligadas al trabajo y relación con la tierra, extendida hoy a actividades de servicios como forma de integración a los procesos de modernización social. (Castro, 2012).

Como ya se señalara la preponderancia de la autoridad del padre, la maternidad como aspecto central de identidad de la mujer, el sometimiento de los hijos a la autoridad y la presencia de machismo en las pautas de socialización y relación cultural, son los aspectos que aún se sostienen con fuerza en la estructura y organización familiar.

En ese sentido en las familias campesinas la lógica de la reproducción se relaciona con la inversión en un gran número de miembros del grupo que

garantice el mantenimiento de la mano de obra. También aún hoy en la cultura reproductiva de los sectores populares tener muchos hijos es símbolo de prestigio, poder y abundancia del grupo familiar (Wang, 2004).

Ahora bien, desde el modelo hegemónico, alejarse de aquel ideal de madre incondicional, "madura" y "preparada" para la función asignada, convierte en foco de sospecha a las mujeres, sobre todo si se trata de jóvenes, pobres y solteras. Algunas de estas cuestiones se ponen de manifiesto cuando se trata de madres adolescentes provenientes de sectores populares. Muchas de ellas, para ser consideradas buenas madres deben esforzarse y adaptarse a las expectativas emotivas que define el guion del apego maternal.

3.3. Ruralidad y adolescencia

Las variables que influyen en embarazos adolescentes, no influyen de forma igual en contextos diferentes sino que es la combinación e interacción entre varios elementos y circunstancias lo que explica porque tiende a ver un mayor número de embarazos adolescentes en sectores rurales que en urbanos.

Los jóvenes son un sector específico de la población que tiene necesidades particulares insatisfechas; derechos específicos no plenamente ejercidos y aportes potenciales no realizados.

Hay un muy difundido estereotipo del joven rural: “un muchacho campesino de 16 años analfabeto funcional, que ya se casó, ya tiene hijos y trabaja en la agricultura familiar de subsistencia”. Este estereotipo parece estar implícito en muchas de las reflexiones y propuestas poco concretas que se hacen en relación con la juventud rural. Es obvio que no corresponde a todos los jóvenes rurales; ni siquiera se acerca a un promedio de ellos, ya que no todos los jóvenes rurales viven realidades patológicas, con carencia y problemas. (Solum, 2001)

Muchos adolescentes que viven en las zonas rurales tienen poco acceso a la atención médica. Uno de los factores sociales que contribuyen con el embarazo adolescente es el abuso sexual, y relaciones sexuales forzadas. Los informes indican que hasta el 23 % de las adolescentes jóvenes han experimentado relaciones sexuales forzadas.

El Ecuador internamente es mirado desde Quito, (realidad urbana). No hay una preocupación formal por valorar lo suficiente la especificidad de la ruralidad, simplemente se ignoran los matices de su composición étnica local y cultural. La clase media fortalecida especialmente en Quito, como centro burocrático, es celosa guardiana de la noción de familia y del respeto a las jerarquías, está orgullosa de sus valores como la honradez, pulcritud,

buenos modales, buena presentación; los mismos que intenta universalizar en la teoría y en la práctica de los “ciudadanos”.(HERRERA et al., 2011)

En el sector urbano las mujeres retardan el matrimonio para estudiar y/o buscar empleo, todo lo cual hace que esta orientación al cumplimiento de metas sea un factor que favorece un inicio más tardío de la actividad sexual. (Rosende, 2006)

Aunque el estereotipo del joven rural nos trae a la mente un varón, 45% de los jóvenes rurales son las jóvenes rurales. Ellas viven realidades diferentes a las de los varones rurales, con necesidades y problemas propios.

En el ámbito rural persisten tradiciones autoritarias, ya que la sociedad adulta define el papel del joven en los distintos escenarios en que ellos actúan: hogar, organización comunitaria, escuela, trabajo. (Rosende, 2006).

El desafío del médico de las zonas rurales, para transmitir a sus pacientes sobre los riesgos del embarazo, por la falta de accesibilidad. Lo cual debe ser superado, en cada consulta. Sin embargo, tal vez una comprensión más matizada del enfoque de riesgo, ya sean laicos / social o experto / racional, sería útil en el encuentro clínico. Tal vez la comprensión del marco más amplio que considera el riesgo como integral, incorporando dimensiones intuitivas y analíticas, allanará el camino para discusiones productivas entre los proveedores y las mujeres o los proveedores y cualquier paciente que presten atención por lo tanto se plasma una realidad que podemos

contextualizar con nuestra población. Puede ser un contribuyente al aumento de embarazos adolescentes la falta de accesibilidad. (Kornelsen J, 2013).

El proceso de inclusión de la comunidad rural en la identificación de las necesidades de salud desde la perspectiva de los estudiantes; así como la planificación de estrategias apropiadas para hacer frente a esas necesidades.

Con el fin de crear una conciencia de los miembros de la comunidad de la necesidad de crear un ambiente sano para los jóvenes se refleja en su deseo de participar en las actividades que llevan a una mejor salud. Una mayor conciencia de las necesidades de salud de los adolescentes rurales, y el conocimiento de su cultura, ayudará a los investigadores a estudiar las formas de intervenciones en las comunidades rurales para que el acceso a la salud sea más conveniente.

A pesar de una amplia variedad de investigaciones que se han realizado sobre este tema entre los adolescentes urbanos, se sabe menos acerca de las creencias sobre la salud y los comportamientos de los adolescentes que viven en las zonas rurales, sobre todo en Canadá. Lo mismo sucede en nuestro país, no se han realizados estudios en los adolescentes rurales. (Groft JN, Hagen B, Miller NK, Cooper N, 2005).

3.4. Familia y embarazo adolescente.

El término familia puede definirse según los sociólogos como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas. (Xitlali & Rivas, 2011) Por lo tanto la familia es el núcleo fundamental de toda sociedad por lo que el tipo de relaciones que se establecen entre sus miembros es de gran importancia, dependiendo del grado de satisfacción, de las necesidades biológicas psicosociales y sociales de sus integrantes, por lo tanto que es un sistema que varia ya que tiene que aprender y desaprender en forma permanente siendo imprescindible los contactos o conexiones interpersonales que dentro de ellas se dan por conseguir relaciones exitosas y se estimule la interacción saludable fuera de ella(Sauceda, 2003).

A partir de la década del 60 uno de los enfoques utilizados en la familia parte de la teoría general de los sistemas. Este enfoque considera que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero éste no es reducible en sus partes, y su funciones más que la simple suma de ellos. Así entonces la familia es un sistema compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa por lo que nuestra investigación se basará en este paradigma. (Xitlali & Rivas, 2011).

Al momento de actuar con familias cuando un profesional (en este caso del área de la salud) trabaja con familias debe considerar algunas variables propias del sistema familiar que le permitan comprender su funcionamiento y con ello intervenir con mayor eficacia. Otro aspecto que debemos considerar al estudiar el grupo familiar es determinar las características relacionadas con su composición según el parentesco y el tamaño de la familia. Uno de los ejes de clasificación utilizados en el estudio de la familia es el de la consanguinidad, refiriéndose a la familia nuclear, la que está constituida por padres e hijos; y la familia extendida o ampliada, donde se incluyen más de dos generaciones y otros miembros, Minuchin (2003) menciona que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: roles, jerarquía y demarcación de los límites, adaptabilidad como: flexibilidad, versus rigidez, cohesión como: proximidad versus distancia y estilos de comunicación.(Xitlali & Rivas, 2011).

La respuesta familiar es un resultado que emite la familia frente a un estímulo como es el embarazo adolescente en el contexto de la ruralidad.

3.4.1. Dinámica familiar.

Al hablar de dinámica familiar y comunitaria, es importante definir el concepto de “dinámica”, este se entiende como la interacción y proceso que se genera al interior de un grupo.

Se refiere a las fuerzas positivas o negativas que determinan el buen o mal funcionamiento de la unidad biológica puede estar dado por: la organización o estructura, la solución de problemas (comunicación) y el clima emocional, funcionalidad y disfuncionalidad. (Sauceda, 2003).

Así la dinámica familiar se define bajo los conceptos de estructura y composición familiar, tipos de familia, relaciones familiares, funciones de la familia, comunicación, reglas, normas y valores.

Lineamientos de la escuela estructural y estratégica: una familia funcional posee las siguientes características:

1. Jerarquía de un sistema parental especialmente fuerte pues aunque la tendencia de la familia sea democrática el liderazgo pertenece a uno o ambos padres, quienes se apoyan mutuamente en el aspecto de la crianza.
2. Los límites y fronteras entre los individuos y subsistemas son claros y flexibles no difusos ni rígidos.
3. Las alianzas interpersonales se basan en afinidades y en metas comunes no en el propósito de perjudicar a nadie.

4. Los papeles son complementarios y tiene consistencia interna, no son inmutables y experimentan variaciones de acuerdo a las circunstancias cambiantes.
5. La comunicación entre los integrantes del sistema tiende a ser clara directa y congruente y se utiliza honestamente en la búsqueda de soluciones de los problemas comunes, no para agredirse mutuamente.
6. Existe una actitud de apertura que permite la formación de redes de apoyo con otros grupos y personas fuera del núcleo familiar.
7. Hay la flexibilidad suficiente para garantizar la autonomía y la independencia de los integrantes del grupo y para procurar tanto el crecimiento individual de estos como del mantenimiento del sistema.
8. Se favorece la continuidad y también la adaptabilidad ante las demandas de cambio internas (las propias del desarrollo) como las externas o ambientales.

Existen muchos instrumentos para la evaluación de las familias como son el Familiograma, el APGAR, el Círculo Familiar, el modelo de Mac Master, el Inventario de Olson, el Ecomapa, etc (Armas G Norma, 2007).

Se ha determinado a través de estudios que el embarazo adolescente está asociado a las dificultades de comunicación y la relación afectiva entre padres e hijos.

Los adolescentes que habían crecido en hogares sin sus padres parecían de mayor riesgo para la percepción de las desavenencias familiares. El embarazo y la maternidad en la adolescencia también parecían poner una tensión en el funcionamiento familiar.

Se ha puesto de relieve la necesidad de abordar la comunicación entre padres y adolescentes ya que en una encuesta nacional de los Estados Unidos sobre embarazo adolescente, el 45% de todos los adolescentes encuestados y el 53% de los adolescentes edad 12 a 14 años informaron a sus padres como la influencia más importante en lo que respecta a las decisiones sobre sexo, sin embargo, el 23% de los adolescentes encuestados nunca había tenido una conversación con los padres sobre el sexo, control de la natalidad, o embarazo.

Trece por ciento de los niños de 10-15, en el mismo estudio, informó que sus padres parecían avergonzados y querían evitar el tema de discutir el sexo, el 20% informó que sus padres parecían críticos, y el 21% reportó que su padres parecían sin preparación. Abrir los procesos de comunicación entre padres y adolescentes se han identificado en múltiples estudios como

influyente para la comunicación sobre sexo, un mayor uso del condón, y un retraso en el inicio de la actividad sexual. (Noone & Young, 2009).

A pesar de las diferentes construcciones y muestras involucradas en diversos estudios sobre el funcionamiento familiar representan un reto para la síntesis de los resultados, la mayoría de los estudios demuestran la importancia de funcionamiento sano como un factor de protección contra el embarazo adolescente.

Un factor de riesgo para el embarazo adolescente implica el estado monoparental.

El nivel socioeconómico bajo se relaciona con adolescente el embarazo y la crianza de los hijos. (Corcoran, 2001).

En un estudio fueron se evaluaron a 719 madres adolescentes, las mismas que fueron entrevistadas después del parto de los cuales los resultados fueron:

Bajo apoyo del padre de sus bebés en un 41,9% de los afro- Americano, el 26,2% de los mexicano-americanos, y el 19,4% de raza caucásica adolescente.

La Crianza de los hijos por una madre adolescente es más eficaz cuando tiene un fuerte apoyo social y emocional de su familia. Además el apoyo de

la pareja se asocia a una mayor autoestima e inversamente correlacionada con síntomas depresivos, además la participación paterna influyen directamente en la capacidad de la madre asumir responsabilidades y la provisión de apoyo financiero, e indirectamente puede influir disminuyendo el estrés materno y tener una mayor satisfacción materna. Sin embargo, menos de la mitad de las madres adolescentes no reciben ningún apoyo por parte de los padres de sus bebés, ni tampoco ayuda económica.

Los datos de este estudio sugieren que los padres de los bebés que nacen de madres adolescentes difieren según la raza / etnia y las características personales. Por ejemplo, el padre afro-americano tiene hijos edades más tempranas y más a menudo fuera del matrimonio que los hombres de otras. Sin embargo, la cantidad de contacto entre padres adolescentes y sus hijos es mucho mayor de lo que se suele suponer, especialmente entre los padres afroamericanos.

Los roles de paternidad son influenciado por las normas subculturales y apoyos familiares que podrían explicar la mayor tendencia de los afroamericanos padres adolescentes con el apoyo a la madre adolescente en la crianza de sus hijos.(Wiemann, Agurcia, Rickert, Berenson, & Volk, 2006).

En otro un estudio realizado por enfermeras en la que se entrevistó a adolescentes embarazadas, que viven en la calle, se destaca la importancia de conocer y valorar los factores de estrés familiar y del comportamiento que podría indicar abuso, violencia, y las relaciones entre padres e hijos.(Saewyc, 2003).

3.5. Análisis de patrones fenomenológicos:

- **Madre y hermanas se embarazan en la adolescencia.**

En el seno de una familia es en donde se adquiere nuestra personalidad, aprendiendo por imitación, de la voz o expresiones modales, reacciones agresivas, el grado de ansiedad, de tolerancia o frustración, etc. Por lo tanto las conductas o malos hábitos también se repiten, como vivir el engaño, suicidio, homicidio, incesto adulterio, es así que las circunstancias desfavorables de las madres adolescentes tienden a ser repetidas, con efectos más severos en la vida de sus hijas, quienes por lo regular resultan embarazadas a edades tempranas como sus madres.

En las familias en que se repite la maternidad adolescente pueden existir creencias culturales en las que intervienen otros factores como el acceso a oportunidades económicas y sociales, la pertenencia a organizaciones sociales entre otros.

La repetición del embarazo adolescente contribuye a la reproducción de la pobreza a través de distintos factores: las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de pertenecer a hogares más pobres en consecuencia tienen baja escolaridad y limitada capacitación para su desarrollo personal, y además, en los hogares pobres es más frecuente que el embarazo adolescente se repita en las generaciones subsecuentes.(Armas G Norma, 2007)

- **Por embarazo abandona sus estudios.**

El abandono de estudios o trabajo a causa del embarazo está representado por un 66,7% (24). Actualmente sólo trabaja el 25,5% (11) de las encuestadas, el 7,5% (3) estudia y el 65 (26) está en paro o es ama de casa. (Camacho Ríos, Cristina Camacho Ríos, n.d.).

Las condiciones actuales de vida favorecen a las relaciones tempranas en los jóvenes. La tónica general es el silencio o disimulo nadie habla sobre el tema los jóvenes buscan información en otras fuentes sobre todo los amigos.(Maribel et al., n.d.)

- **Embarazo no planificado**

La mayoría de las jóvenes no planifica su embarazo (65.9%) y de éstas la mayoría no usa métodos anticonceptivos o no los conoce (65.5%). El preservativo y la marcha atrás son los métodos más utilizados.(Corcoran, 2001)

- **Conoce métodos anticonceptivos pero no los usa.**

El contexto de vivir en un entorno rural puede presentarse como única barrera para facilitar la comunicación entre padres e hijos cuando se trata de discutir temas íntimos. El estigma, la privacidad y la confidencialidad puede tener problemas importantes cuando se trata de con temas íntimos, tales como la sexualidad y el embarazo en los entornos rurales. Este estudio se suma al conocimiento sobre la comunicación entre padres e hijos sobre la sexualidad y prevención del embarazo, sobre todo en los entornos rurales.(Noone & Young, 2009).

Un estudio realizado en Minnesota reporta que las tasas de actividad sexual para la juventud rural son iguales a los de las zonas urbanas, sin embargo, el acceso a los servicios de salud, especialmente de planificación familiar, es más restringido para el grupo rural.

Mientras que estos resultados sugieren que los riesgos para el embarazo adolescente en la juventud rural son igualmente altos, la muestra se restringe a Minnesota población étnicamente homogénea. (Yordan & Yordan, 1996).

- **Huye de casa por miedo a sus padres.**

Las posturas moralistas y represivas sobre la sexualidad solo genera prácticas clandestinas cargadas de temor y culpabilidad que en muchos casos, empuja a las adolescentes a la experiencia del aborto inducido.

Un ambiente familiar crítico y conflictivo puede llevar a la adolescente a ver en la inacción sexual, además de compañía grata la posibilidad de un embarazo como alternativa de escape y construcción de una nueva vida. Nueva vida que, por lo general no llega y si complica el futuro adolescente.

Enfrentarse a la adolescencia y embarazo implica la complicación primera de decírselo a sus padre y que estos no acepten suele ser la primera gran preocupación al punto de llegar a ocultarlo hasta el máximo tiempo posible el miedo intenso que sienten de enfrentar a sus padres es perjudicial para el desarrollo del embarazo ya que se quita la posibilidad de un control médico

temprano, imprescindible en cualquier embarazo y más aún en un embarazo precoz, con riesgos. (Fermanelli Claudia , 2003).

- **Se ratifica el rol de la paciente por parte de todo el sistema.**

Cuando la joven se embaraza ocurren dos cosas , sigue con ella su pareja sexual o el varón huye ante la inminente responsabilidad de su paternidad se puede observar en la mayoría de los casos que , la joven se tiene que enfrentar a la estigma de su grupo social y es empujada hacia el mundo del hogar o bien al mundo laboral para el cual aún no se encuentra preparada (Maribel et al., n.d.)

El ciclo vital está circunscrito por la función materna: se asume desde niña cuando debe reemplazar a la madre en el cumplimiento de esta tarea en el hogar; se inicia formalmente cuando el primer hijo la convierte en adulta siendo muy joven y comienza la convivencia marital.

La maternidad continúa signando sus comportamientos en la relación de pareja, la entrada y salida del mercado laboral, la consecución y la construcción de la vivienda y su papel en la consecución de servicios públicos y sociales en la comunidad donde habita. La maternidad fue el

sueño de su infancia y continúa siendo el sueño del futuro, porque los roles maternos anclan su porvenir.(HERRERA et al., 2011).

El mandato cultural dominante de "ser madre" recae sobre toda mujer sin importar la clase social (Mancini, 2004), aunque su significado adquiere diferentes características según el sector social y las diferentes culturas.

Si bien, en nuestra cultura occidental, la maternidad es el principal organizador de la vida de la mujer, las pautas que cada sociedad transmite en cuanto al momento para ser madre o al número de hijos, varían de acuerdo con los diferentes estratos socioculturales (Marcús Juliana, 2006)(Kornelsen J, 2013).

En esta fracción de los sectores populares, el ser madre otorga identidad como mujer, pues se siente un individuo completo en tanto madres, ya que su hijo es su alegría y su justificación. Una frase que lo resume es *soy mujer porque soy madre*.

Muchas veces los embarazos no son planificados ni buscados por estas jóvenes mujeres y junto al sentimiento de gratificación que supone ser madre

se superpone otro: el de una aceptación a veces resignada como un destino inherente al ser mujer: *soy madre porque soy mujer*(Marcús Juliana, 2006)

- **Se acabó el estudio y se acabaron sus sueños.**

Abortar o tener un hijo es un dilema transcendental para muchas adolescentes hoy en día. En uno u otro caso la decisión impactara de modo significado el curso de sus existencias. Inclusive la decisión del aborto puede costar la vida misma.

La de tener un hijo, con frecuencia implica deserción escolar, subempleo como maltrato frustración y resentimiento, esto a su vez conlleva alterar su proyecto de vida. (Maribel et al., n.d.)

4. JUSTIFICACIÓN

El embarazo adolescente sigue siendo una preocupación mundial ya que de más de 16 millones de adolescentes (15 a 19 años) al año, dan a luz dos millones aproximadamente, siendo menores de 15 años según la OMS del 2012, por lo que una de cada cinco adolescentes menores de 18 años dan a luz a su primer hijo tomando en cuenta también los peligros como es hemorragias puerperales, infección ,eclampsia, dificultades laborales, y nacimientos prematuros causando una de las principales causas de muerte entre los jóvenes de 10 y 19 años.(UNICEF 2012) (Pamela J. Gennari, 2013).

En los adolescentes que no tienen educación el porcentaje que son madres o están embarazadas es mayor. De igual manera, la tasa de embarazo en las adolescentes que viven en áreas rurales es más alta. Es necesario recordar, además, que algunos grupos tradicionales exigen una reproducción temprana. (Jara, 2008)

Los riesgos incluyen anemia, malnutrición, retardo del crecimiento fetal, nacimiento prematuro y complicaciones del parto; por otro lado, los hijos de madres adolescentes suelen estar más expuestos a enfermedades, traumatismos y abuso, y más tarde pueden presentar otras complicaciones

como nutrición infantil deficiente y mayor frecuencia de enfermedades infecciosas, especialmente en los grupos de menor nivel socioeconómico.

El embarazo en adolescentes es uno de los problemas de mayor importancia asociados a grandes cambios socioeconómicos. Sin embargo poco se conoce sobre la magnitud de esta problemática a nivel micro social, solo existe un acercamiento al estudio del embarazo a través de nacimientos a escala nacional.

Las adolescentes en edad cada vez más temprana viven la maternidad no deseada, el rechazo de los padres y esa imprevista situación desencadena una serie de frustraciones, sociales y personales.

Por lo que hace falta insistir en el hecho de que los riesgos biológicos no actúan aisladamente, sino asociados con factores psicosociales, económicos, políticos, estructurales y de género.

La orientación biologicista del embarazo en la adolescente ha obstaculizado la valoración en toda su dimensión de los riesgos psicosociales económicos y culturales que pueden dificultar el disfrutar de una vida digna y hacerla infeliz.

En Pedro Vicente Maldonado, el embarazo adolescente no puede ser considerado solamente como un problema biológico sino también como un

problema social, debido a la carencia de estudios sobre este fenómeno en zonas rurales del país que tengan en cuenta las causas económicas sociales y culturales que condicionan el embarazo adolescente y su repercusión.

Por estas razones esta zona se encuentra afectada por tal problemática siendo una parte sensible la juventud y que es sumamente nocivo para su salud, su desarrollo educacional, su crecimiento personal.

La Investigación es conveniente porque pretende dar el primer paso en busca de la solución de un problema de interés social, posee relevancia porque beneficiara a posteriores estudios encaminados al mejoramiento de la salud de los jóvenes adolescente.

La familia es la estructura social que afecta o influencia de la forma más decisiva en los comportamientos de los hijos, pues desde un inicio transmite valores, pautas de conducta por lo que es conveniente y necesario describir su respuesta frente al embarazo adolescente en un ambiente rural.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pedro Vicente Maldonado es un cantón que se encuentra en el noroccidente de Pichincha con una población rural 9.965 habitantes (según el censo INEC 25-11-2001), el total de adolescentes entre 10 y 19 años son 3185 constituyendo en 31% de la población.

Aquí se encuentra ubicado un Hospital de Medicina Familiar que lleva el nombre del cantón en el cual se albergan datos que demuestran una alta incidencia de embarazos en adolescentes.

En este sector el trabajo infantil, una adolescencia casi imperceptible y una madurez prematura son las características del ciclo vital de este grupo de mujeres, si se compara con el de las mujeres de clases sociales medias y altas para quienes la infancia se concentra en asistir a instituciones educativas, jugar y realizar otras variadas actividades, las etapas del desarrollo en sectores populares se desenvuelve con mayor rapidez.(HERRERA, SOLA, & POZO, 2011).

“El ciclo vital está circunscrito por la función materna: se asume desde niña cuando debe reemplazar a la madre en el cumplimiento de esta tarea del hogar; se inicia formalmente cuando el primer hijo la convierte en adulta siendo muy joven y comienza la convivencia marital”. (HERRERA et al., 2011).

La maternidad continúa marcando sus comportamientos en la relación de pareja. La entrada y salida del mercado laboral. La maternidad fue el sueño de su infancia y continúa siendo el sueño de su futuro, porque los roles maternos aferran su porvenir. (HERRERA et al., 2011).

Socialmente esta realidad es aceptada en el sector rural, esto perpetua este ciclo, y la pobreza, reducción de la salud, de la mortalidad materna, por lo que consideramos que antes de iniciar un trabajo con adolescentes embarazadas rurales, debemos reconocer su entorno psicosocial, describiendo en primera instancia la dinámica familiar, que sería el primer paso para futuros trabajos de investigación.

Por lo anterior, sabemos que el embarazo adolescente a más de ser un proceso biológico, es psicosocial, por lo tanto la respuesta familiar, influye de manera particular en las zonas rurales ya que no se ajusta al paradigma clásico de la medicina siendo necesario particularizar y analizar las vivencias de estas familias.

6. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- **Objetivo general**

Analizar y describir la respuesta familiar ante los embarazos adolescentes atendidos en el Hospital Pedro Vicente Maldonado.

- **Objetivos específicos**

Describir patrones generacionales de dinámicas familiares, tomando en cuenta las especificidades culturales de las familias del sector rural.

Plantear los patrones fenomenológicos que más se repiten en la respuesta familiar frente a las adolescentes embarazadas.

Destacar cuál ha sido el papel de la familia en todo el proceso de la maternidad en las adolescentes.

7. HIPOTESIS

Ante los embarazos adolescentes en la zona rural de Pedro Vicente Maldonado, se evidencian patrones repetitivos diferentes de la respuesta familiar común.

7.1. Variables

- Variable Independiente

Embarazo adolescente

- Variables dependientes

Patrones de respuesta familiar

7.2. Operativización de variables

VARIABLE	Definición	Dimensión	DEFINICIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Respuesta Familiar	La familia es un sistema compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa por lo que nuestra investigación se basará en este paradigma (Xitlali & Rivas, 2011).	Estructura familiar	Familia todo grupo social primario unido por lazos de consanguinidad, afinidad, o matrimonio	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de familia 	Cualitativa	Nominal
		Dinámica familiar	Percepción de relaciones que se dan al interior del sistema de familia, de la embarazada adolescente.	<ul style="list-style-type: none"> Relaciones familiares Comunicación Normas y valores 	Cualitativa	Nominal
		Patrones generacionales	Describen una serie de vínculos que ligan una serie de personas, teniendo la misma denominación de consanguinidad	<ul style="list-style-type: none"> Madre y hermanas con embarazos Abandono de estudios Huida de casa Padre culpabiliza a la madre 	Cualitativa	Nominal

VARIABLE	Definición	Dimensión	DEFINICIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Embarazo en Adolescentes	La OMS, lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".	Primera gesta	Número de años cumplidos al momento del primer embarazo	Edad de la persona	Cuantitativa	Razón
		Nivel Educación	Nivel máximo de educación alcanzado por el sujeto de estudio	Años de instrucción	cuantitativa	Razón
		Aceptación social	Como la adolescente percibe su aceptación a nivel social, educativo, y laboral en relación a su condición de madre	Recriminación	cualitativa	Nominal

8. DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio con enfoque fenomenológico sobre embarazo en la adolescencia. De esta forma, fue utilizada una unidad de significados que hicieron posible mostrar las diversas posibilidades del Ser-Adolescente-Embarazada en el sector rural.

El método fenomenológico permitió una visión humana sobre las vivencias de estas jóvenes, facilitando el reconocimiento en cada una de ellas; siendo, un ser viviendo una experiencia única, cuyo significado, al ser entendido, hace posible la comprensión del sentido del embarazo para la adolescente grávida.

Participaron del estudio 15 adolescentes embarazadas, entre las edades 15 a 17 años, atendidas en el Hospital Pedro Vicente Maldonado. Los criterios para escoger a las participantes fue por intención, respetando su consentimiento en participar del estudio, se tuvo criterios de inclusión:

- Embaraza de 11 a 19 años y un familiar de la misma
- Que el familiar tenga entre 18 y 65 años de edad que conviva en el hogar de la adolescente embarazada de modo tal que conozca su dinámica familiar.
- Aprobación del adolescente y del familiar a participar en la investigación.

Y criterios de exclusión:

- Familiar de la adolescente embarazada que presente alguna limitación que no pueda brindar información para el desarrollo de la investigación.

Se definió el número de sujetos por muestra teórica, es decir, siguiendo el proceso de muestra por saturación, basándose en la necesidad de información detectada en los primeros resultados. Debido a la homogeneidad de características individuales de las entrevistadas, las informaciones recolectadas comenzaron a repetirse respondiendo a los objetivos de la investigación.

De este modo, fueron realizadas 15 entrevistas, así como también un encuentro con cada una de las adolescentes.

Las entrevistas fueron previamente marcadas y, antes de iniciar la conversación, ellas eran informadas sobre la investigación, los objetivos y la importancia. Así como, otras informaciones de protección ética. Todas las adolescentes leyeron y firmaron el término de consentimiento libre y esclarecido y, a seguir, comenzaron a relatar sus experiencias. Se encontró timidez, en el inicio de la entrevista, pero después fueron tomando confianza. Para obtener las informaciones, fue utilizada la entrevista fenomenológica, para indagar: Patrones de Respuesta Familiar.

Para la conducción de la entrevista, fueron constantes las reformulaciones y algunas complementaciones para aclarar y profundizar el asunto. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas con fidedignidad conforme descrito por las participantes.

8.1. Tipo de estudio

Cualitativo Descriptivo

8.2. Universo y muestra

Los datos de los pacientes se tomaron de la matriz electrónica de historias clínicas SOPHI, del Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado, que cumplían con los criterios de inclusión, de ser embarazos adolescentes entre 11 y menores de 19 años atendidas en el Hospital Pedro Vicente Maldonado, en el período comprendido entre Noviembre del 2012 a Abril 2013.

8.2.1. Diseño Muestral

Se seleccionaron 20 familias de las 54 que se encontró en la Base de datos de historias clínicas SOPHI, se logró contactar a 17 familias de las cuales 1 vivía en un lugar poco accesible para las entrevistadoras, 1 no se encontró

en el domicilio a pesar de haber acordado la entrevista y no se pudo concretar, se logró entrevistar a 15 familias en total, de los cantones: San Miguel de los Bancos, Pedro Vicente Maldonado, Puerto Quito.

Después de obtener el consentimiento de los participantes, se contactó vía telefónica para concretar el día y la hora de la visita domiciliaria en la que se realizó la entrevista con un observador externo y un entrevistador, quienes intercambiaban roles según las características de los entrevistados, entre los meses de Mayo y Abril del 2013, el tiempo para la llegada a los domicilios fue entre 10 minutos hasta 3 horas, y entre 30 minutos a 1 hora 30 minutos la duración de la entrevista.

Se obtuvo la saturación de la muestra medidos por patrones fenomenológicos a la quinta entrevista.

8.2.2. Instrumentos de recolección.

Se elaboró un diario de campo, se registró las características de las viviendas para ayudarnos a comprender las costumbres y el origen de las familias y de esta manera guiar la entrevista y orientar el familiograma.

Se realizó el familiograma en el programa Geno-Pro para describir la estructura familiar del estudio.

Se realizó una entrevista semiestructurada cuyos datos se registraron por medio de una grabadora cuando era posible y por medio del diario de campo, previo a la obtención de consentimiento informado firmado.

9. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se utilizó la metodología etnográfica para las visitas domiciliarias, y análisis cualitativos con base teórica en teoría general de sistemas, para explicación de la dinámica familiar de las embarazadas adolescentes.

10. RESULTADOS

10.1. Características de la población de estudio

Tabla 1. *Distribución de adolescentes embarazadas según grupo de edad. Hospital Pedro Vicente Maldonado 2013*

GRUPO DE EDAD	n	%
10-14	2	13,3
15-19	13	86,6
TOTAL	15	100

Fuente: Entrevista semiestructurada.

Como puede observarse en la tabla 1, el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas se reportó en el grupo de 15 a 18 años con un 86,6%. Solamente dos embarazadas tenían menos de 15 años.

Tabla 2. Distribución de adolescentes embarazadas según escolaridad. Hospital Pedro Vicente Maldonado 2013

ESCOLARIDAD	COMPLETA	INCOMPLETA	n	%
Primaria	2		2	13,3
Secundaria completa	3		3	20
Secundaria incompleta		10	10	66,6
Ninguna	0			
TOTAL	5	10	15	100

Fuente: Entrevista semiestructurada

Como se muestra en la tabla 2, casi más de la mitad de las embarazadas estudiadas solo habían alcanzado el nivel de secundaria incompleta (66,6%), siguiéndole la secundaria completa con 20% y 13,3% la primaria completa.

Tabla3 Distribución de adolescentes embarazadas según estado civil. Hospital Pedro Vicente Maldonado 2013.

ESTADO CIVIL	n	%
Casada	0	
Soltera	5	33,3
Unión Libre	10	66.6
TOTAL	15	100

En esta tabla 3 se evidencia que el 66,6% se encontraba en unión libre, y el 33 % se encontraban solteras, evento particular en el área rural.

Tabla4

Distribución de adolescentes embarazadas según situación social. Policlínico Mártires de Calabazar, 2010

OCUPACION	n	%
ESTUDIANTE	5	33,3
TRABAJADORA	1	6,6
DESOCUPADA	9	60
NINGUNA	0	
TOTAL	15	100

Fuente: Entrevista semiestructurada

En esta tabla se muestra que hubo un predominio de adolescentes se encuentran dedicadas a los quehaceres domésticos, es decir que el 60% del total no estudiaban ni trabajaban, solo tres habían terminado su secundaria completa y una se encontraban laborando en la Agricultura.

Este resultado puede deberse al hecho de que algunas adolescentes embarazadas se vieron en la necesidad de abandonar sus estudios por su maternidad.

Patrones Generacionales: marcadamente bi generacional.

10.2. Respuesta familiar

Se realizó una entrevista semiestructurada con el fin de seguir el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Se destacó 9 patrones fenomenológicos.

10.3. Patrones fenomenológicos

- 1.-Madre y hermanas se embarazan en la adolescencia.
- 2.- Por embarazo abandona sus estudios.
- 3.- Embarazo no planificado.
- 4.- Conoce métodos anticonceptivos pero no los usa.
- 5.- Huye de casa por miedo a sus padres.
- 6.- El padre culpabiliza a la madre del embarazo de su hija.
- 7.- Se ratifica el rol de la paciente por parte de todo el sistema.
- 8.- Se acabó el estudio y se acabaron sus sueños.
- 9.- La pareja culpabiliza a la mujer por el embarazo.

De las pacientes entrevistadas en la mayoría se repetían estos patrones fenomenológicos.

10.4. Características de las familias según la estructura

1. NUCLEARES	11 (66.6%)
1.1 Por la cercanía de otros familiares:	
1.1.1. Familia nuclear con parientes próximos	7 (70%)
1.1.2. Familia nuclear sin parientes próximos	4 (40%)
1.2. Por la presencia de los hijos.	
1.2.1 Pareja sola	6 (54.5%)
1.2.2 Familia nuclear numerosa	5 (45.4%)
1.3 por la presencia de los padres.	
1.3.1 Biparentales	9 (81.8%)
1.3.2 Monoparentales	2 (18.1%)
2. EXTENSA	5 (33.3%)

Fuente: entrevistas

Realizado por: Blanca Aigaje y Gabriela Suárez.

En estudio realizado anteriormente se caracteriza por la heterogeneidad en cuanto a arreglos familiares, predominando sin embargo la familia de tipo nuclear con mayor incidencia en el área rural. A este tipo de familias

pertenecen el 66.6% de las adolescentes con edades comprendidas entre 15 y 17 años.

10.5. Roles.

Es importante destacar el remarque de la madre adolescente por parte del sistema en las labores domésticas, que ocupan la mayor parte de las actividades cotidianas y el cuidado de sus hijos.

La experiencia esencial que las adolescentes y sus familias viven durante su embarazo fue en su mayor parte marcada por patrones fenomenológicos como ocultar el embarazo, huir de casa, abandono de sus estudios, etc. El propósito entonces, de lo que se describió como hallazgos del estudio, fue la manera como la adolescente y sus familias experimentan el embarazo.

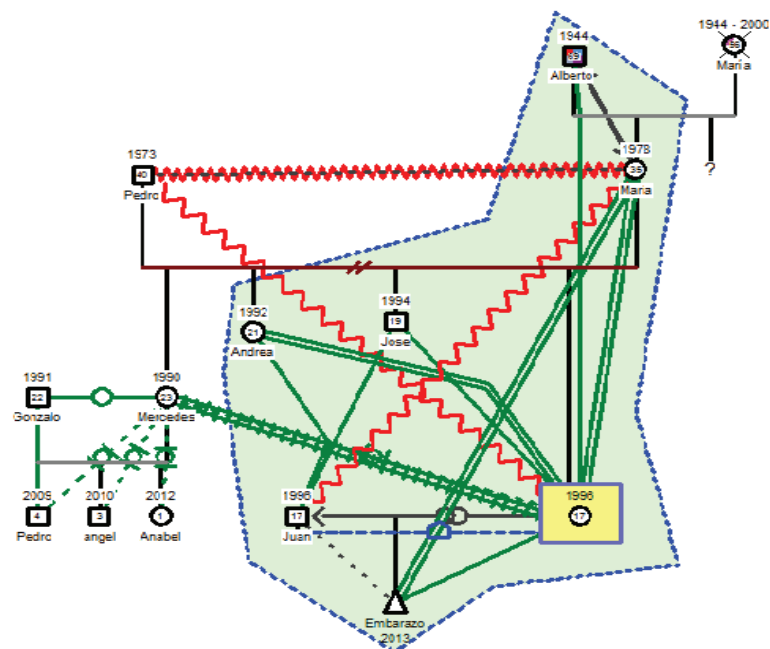
10.6. Solución de conflictos

Se encuentra que en las familias de análisis estudiadas, el embarazo adolescente inicialmente se genera como una crisis no normativa, de adición por tratarse de un embarazo no planificado, el estrés genera cambios, pero estos generalmente no afectan al sistema. Es obvio que ante esta crisis experimentan diferentes respuestas propias, sentimientos,

pensamientos, comportamientos que finalmente son superadas con el apoyo de sus familias.

“MADRE: Lo que me duele es que no confi  en mí, ese chico con que la va a mantener, si no trabaja, no estudia, tantos sueños que tenía para ella, ahora quiero que siga estudiando, pero ella tiene que hacerse cargo de su bebé, yo no voy a dejar de trabajar. Ya le dije que si ella quiere seguir estudiando yo puedo ayudarles solo los sábados y domingos, ella es la que ahora tiene que hacerse cargo de su hijo. El chico vive conmigo porque cuando ella se fue con el casi se muere mi hija, no ve como está, el no hizo nada por ella, si dejo que mi hija se vaya con él la dejaría morir”. ENTREVISTA 1

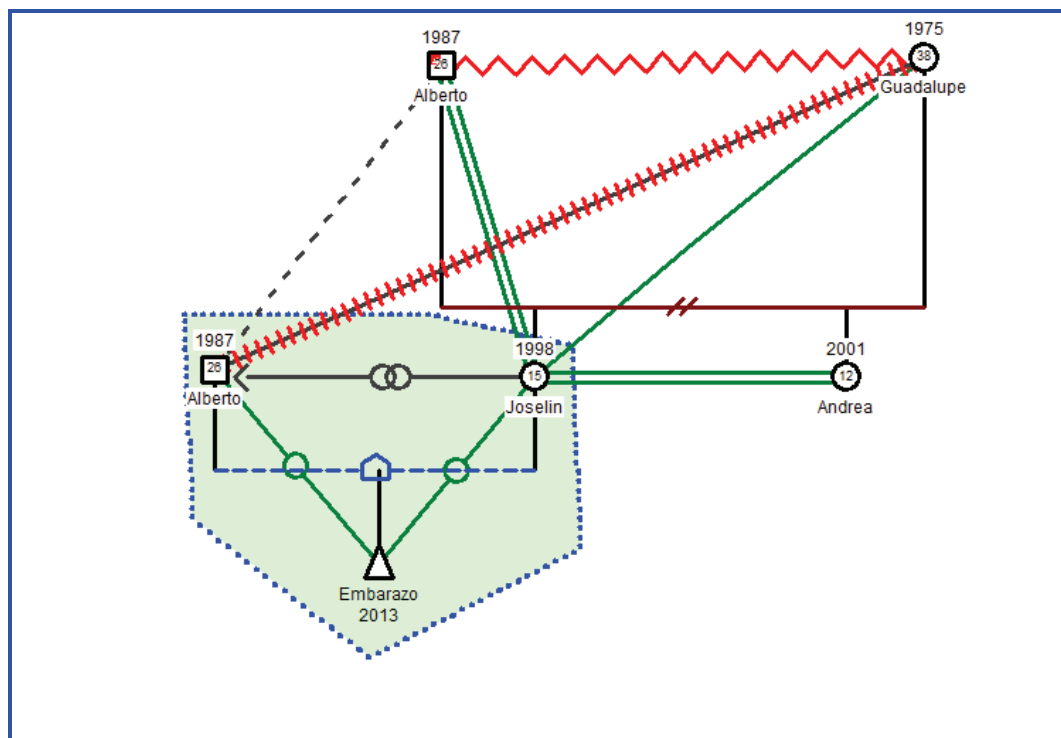
FAMILIOGRAMA



Fuente: Familiograma Geno-Pro Realizado por: Aigaje Blanca y Gabriela Suárez

“Vivo con mi pareja pero económicamente me ayuda mi papá sigo estudiando estoy en quinto curso, aunque al inicio tenía mucho sueño y no podía estudiar, mis compañeros me tratan igual. PADRE: Imagínese lo que un padre siente con esa noticia, ella no vivía conmigo, vivía con la mamá, tenía muchos planes para ella, yo quiero que ella siga estudiando, la mamá tiene la culpa de que se haya embarazado mi hija, no la cuidó, mientras yo trabaje le voy a apoyar para que siga estudiando, pero claro tiene que hacerse cargo de su hijo, eso sí como hará porque yo trabajo cuidar al hijo si ella misma tiene que cuidar”. ENTREVISTA 5

FAMILIOGRAMA

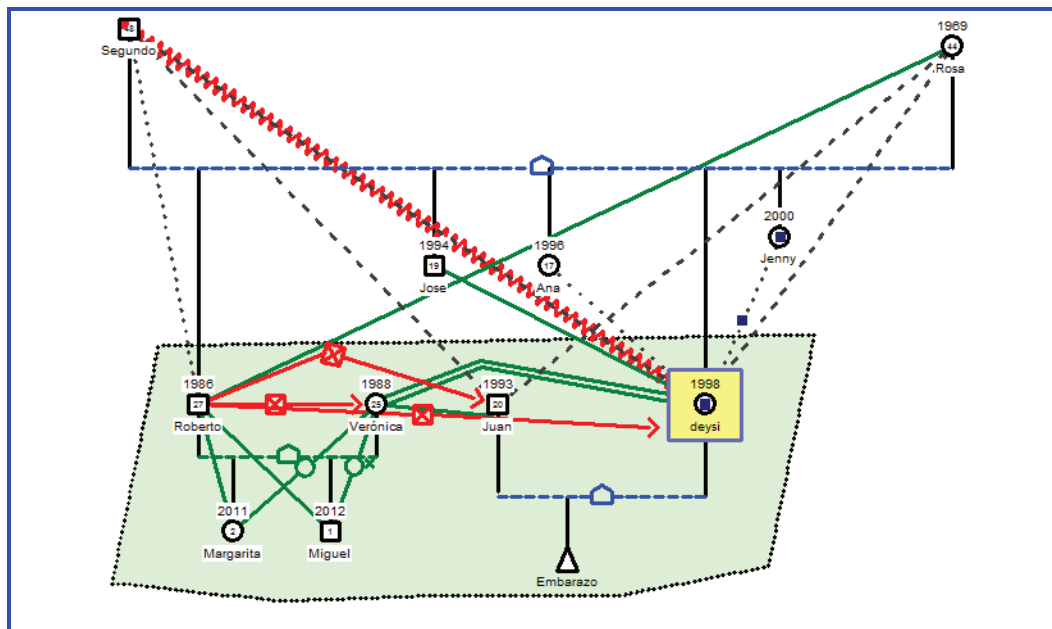


Fuente: Familiograma Geno-Pro Realizado por: Aigaje Blanca y Gabriela Suárez

En las adolescentes embarazadas se remarca por parte de su familia el cuidado de su hijo, con lo cual se dificulta el continuar sus estudios, y se truncan sus sueños. Las condiciones favorecen las relaciones tempranas en los jóvenes.

“somos 5 hermanos yo soy la única mujer, mis papas son separados, yo vivía con mi papá, pero él me pegaba mucho, por eso me vine con mi esposo, quiero trabajar, estudiar ya no, quiero cuidar a mi hijo, a mi marido. Mi papá me daba el estudio pero tengo muchos problemas con él, por eso prefiero estar con mi marido así paso mejor”. ENTREVISTA 8

FAMILIOGRAMA



Fuente: Familiograma Geno-Pro Realizado por: Aigaje Blanca y Gabriela Suárez

Otro de los patrones encontrados en las familias entrevistadas, es que la embarazada huye de casa ya que un ambiente familiar crítico puede llevar a las adolescentes, a buscar una compañía grata y la posibilidad de un embarazo como alternativa de escape y construcción de una nueva vida, la misma que por lo general no llega y si complica el futuro adolescente.

10.7. Características de las viviendas de los entrevistados

Las viviendas guardan relación con el ambiente rural del subtrópico, tienen construcción mixta e incluyen madera en la estructura, y techo de zinc. Algunas están rodeadas de vegetación o disponen de plantas ornamentales típicas de la zona y platanales, además aves de corral en algunos casos.

(Anexo 5)

11. CONCLUSIONES

De los resultados expuestos queremos destacar aquel referido a las metas de las adolescentes para su futuro, si bien existe una meta específica de maternidad, nos preguntamos si esta se refiere, más bien, a una entidad hipotecada, aquella en la que el compromiso es fruto de la presión del entorno familiar, social y cultural y no producto de una búsqueda personal activa.

En este sentido, los resultados de este estudio serían congruentes con los planteamientos de Hamel (1993) cuando postula que el “sueño” de la maternidad en la mujer adolescente podría conectarse a las escasas alternativas de desarrollo socioeconómico que se le ofrece a las adolescente rural y al mandato social de asumir los arraigados roles de madre y esposa.

También podemos observar que la presencia del hijo vivenciada como el elemento esperanzador como incentivo para luchar y surgir son resultados que se contraponen a lo planteado en la literatura respecto al quiebre irrevocable del proyecto de vida que significaría un embarazo en la vida de la joven. Más bien hemos observado que la maternidad podría constituirse en sí misma en un proyecto de vida, asociado al hecho de que generalmente las adolescentes asumen los estereotipos de “mujer – madre”.

Los resultados hallados en nuestro estudio señalan que este tipo de embarazo cambia el proyecto de vida de las adolescentes y provoca un abandono obligatorio de sus metas futuras por la necesidad de afrontar nuevas responsabilidades ligadas al desarrollo del niño, muestran una maternidad irresponsable, pues no están preparadas para cumplir su rol de madre ni enfrentar una estabilidad familiar.

La maternidad en la esfera escolar de la adolescente, será vivenciada de manera diferente en función del lugar que ocupe la superación en la esfera afectiva motivacional de la adolescente.

Sin deslucir la gran significación de la maternidad, la realización personal de una mujer no se reduce a la maternidad, menos aún en la adolescencia con las potencialidades de desarrollo personal, y las posibilidades que el progreso social ofrece, por lo que es necesaria la ayuda de la institución familiar como variable de este hecho.

Lo más frecuente es que el embarazo en las adolescentes sea un “embarazo no planificado” o “no deseado”, con consecuencias desfavorables tanto para la madre como para el niño, así como una alta proporción de fracaso en la relación de pareja.

La estabilidad marital se asocia a un mejor pronóstico del embarazo adolescente y un mejor uso de anticonceptivos, sin embargo tener una pareja estable puede constituir un factor de riesgo para que la madre adolescente se embarace de nuevo rápidamente. Además, se plantea que los embarazos reincidentes son más probables que ocurran si la adolescente estaba casada o conviviendo.

A menos que la sociedad promueva cambios que incluyan una mejor educación, mejores viviendas, y el alivio de la pobreza, ya que solo la

atención sanitaria no tendrá un impacto significativo en los problemas asociados con el embarazo o la crianza de los hijos adolescentes.

Existen muchas necesidades en las zonas rurales en un grado aún mayor que en los sectores urbanos y metropolitanos. Necesidades sociales, económicas, problemas ambientales, los mismos que deben abordarse en conjunto con los esfuerzos para reducir el embarazo adolescente.

Los principales problemas que rodean el embarazo adolescente se han discutido ampliamente en la literatura, pero los factores específicos no tienen investigación suficiente en el sector rural.

Los factores de aislamiento social, la falta de oportunidades económicas, preocupaciones sobre la privacidad y el acceso limitado a los servicios de salud y programas educativos son cuestiones clave con respecto a la juventud rural y su desarrollo saludable.

12. RECOMENDACIONES.

El embarazo en adolescentes es un problema incrustado dentro de los problemas sociales que afectan a las sociedades rurales como aislamiento social y cultural, la falta de recursos económicos, interrupción de oportunidades, y la familia.

Es probable que la prevención del embarazo y los resultados del embarazo también sean los problemas de las mujeres de edad en las zonas rurales.

En las investigaciones futuras, será preciso centrarse en la totalidad del espectro y entender los factores relativos de edad y residencia y el grado en que los programas y servicios rurales para los adolescentes y poblaciones adultas deben estar diseñados.

La aceptabilidad de servicios en comunidades rurales puede suponer problemas especiales, aunque esta cuestión no ha sido estudiada. Características de la vida rural, como la falta de anonimato y la estigmatización de la asistencia pública, contribuye a la renuencia de los adolescentes a utilizar la atención primaria y los servicios preventivos.

En las comunidades rurales, temores sobre la confidencialidad en asuntos como la anticoncepción puede impedir el uso de los servicios a pesar de la disponibilidad y la accesibilidad económica. De los problemas que enfrentan los jóvenes de zonas rurales de América Latina hoy en día, es importante señalar las diferencias en el diseño e implementación de programas en las áreas rurales o urbanas.

Los recursos que se encuentran típicamente en una comunidad rural que son importantes para la prevención del embarazo en la adolescencia deben ser utilizados en la organización de programas a través de gente local del sector, como las escuelas y los departamentos de salud.

Por el rol que juega en el embarazo adolescente, condiciones familiares adversas y necesidades afectivas no satisfechas, con el consecuente sentimiento de soledad, vacío y abandono de la adolescente, aparece como prioritaria la inclusión de padres y madres en cualquier programa preventivo.

13. BIBLIOGRAFIA:

1. Armas G Norma DML. Entre voces y silencios Las Familias por Dentro. Primera ed. Quito -Ecuador: America, Ediciones; 2007. p. 156,160, 206.
2. Benson M. After the adolescent pregnancy: Parents, teens, and families. Child and Adolescent Social Work Journal [Internet]. 2004 [cited 2013 Mar 20];21(5):435–55. Available from: <http://www.springerlink.com/index/V1G8242144101125.pdf>
3. Berry, Helen E, Shillington AM, Peak, Terry Hohman MM. Multi-Ethnic Comparison of Risk and Protective Factors for Adolescent Pregnancy. Child and Adolescent Social Work Journal. 2000; 17(2):79,94.
4. Burt M. ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? [Internet]. Organización Panamericana de la Salud, Documento preparado para conferencia de Salud Integral de los Adolescentes. 1996. p. 1–29. Available from: http://www.paho.org/Spanish/HPP/ADOL/doc_why_invest.htm
5. Camacho, Cristina Camacho G. Embarazo en la adolescencia. Albacete. Diplomados en Enfermería. 2009; 1:1–8.
6. Castañeda, Jorge D. Villaseñor-Farías M. Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. Salud Pública de México. 2003; 45:545–51.

7. Castro A. Rural families and their process of transformation : case. International Journal of Childbirth Education. 2012;11:180–203.
8. CICERCHIA R. Sensatez y sentimiento la historia cultural de la familia y la construcción social del género, Formas Familiares, procesos históricos y cambio social en América Latina. Libro 61,. 1998. p. 249–59.
9. Coll A. Embarazo en la adolescencia ¿Cuál es el Problema? Adolescencia y Juventud en América Latina. 2002. p. Capitulo 22, p.427–442.
10. Contreras Britto Juan Bautista. Prevalencia de Embarazos en Adolescentes en la E.S.E. en los años 2008-2009. 2011. p. 2–72.
11. Corcoran J. Multi-Systemic Influences on the Family Functioning of Prevention Programs. CHILD AND ADOLESCENT SOCIAL WORK JOURNAL. 2001;18(1):37, 48. p. 8
12. Frenk Mora Julio. Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. Segunda Ed. Salud S de, Reproductiva DG de S, editors. Secretaría de Salud Dirección General de Salud Reproductiva de Mexico; 2002. p. 18.
13. Gennari PJ. Adolescent Pregnancy in Developing Countries. International Journal of Childbirth Education. 2013; 28(1):57–63.

14. Gogna M, Adaszko A, Alonso V. Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas [Internet]. 2005 [cited 2013 Mar 20]. p. 16–63. Available from: http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/Espanol/Embarazo_y_maternidad.pdf
15. Gomes, Keila. Speizer, Ilene S. Gomes, Francimar.Oliveira, Delvianne .Moura L. Who are the pregnant adolescents in the poorest state capital of Brazil? Public health nursing (Boston, Mass.) [Internet]. 2008 [cited 2013 Mar 26];25(4):319–26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18666937>
16. Grimberg M. Iniciación sexual, Prácticas sexuales , y Prevención al VIH / SIDA en jóvenes de sectores populares. Horizontes Antropológicos. 2002;N#17:47–75.
17. Groft JN, Hagen B, Miller NK, Cooper N BS. Adolescent health: a rural community's approach. Rural and Remote Health. 2005; 5 (366).
18. Harding DJ. Dropping Out and Teenage Pregnancy Counterfactual Models of Neighborhood Effects : The Effect of Neighborhood. Chicago Journals. 2013; 109(3):676–719.
19. HERRERA D, SOLA J, POZO X. COMO SE PIENSAN LAS FAMILIAS Aportes desde la interculturalidad a la deconstrucción de la familia en el subtrópico occidental del Ecuador. SALUD RURAL. 2011; 1.p.9-10

20. HOPENHAYN, Martín, BÁRCENA, Alicia, LÓPEZ, Laura, FRISHMAN D-. Juventud y cohesión social en Iberoamérica, un modelo para armar. Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL; 2008. p. 75–85.
21. Jara L. Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas. [Internet] .2008 p. 4- 5.
22. Kornelsen J MC. The role of risk theory in rural maternity services planning. . Rural and Remote Health [Internet]. 2013;13(2206). Available from: <http://www.rrh.org.au>
23. Magdalena, María; García, Lozano, Luz; Gutiérrez C. Respuesta de tres generaciones frente al embarazo de la adolescente soltera. Alcalá Valle. Red de Revistas Científicas de America Latina, el Caribe, España y Portugal. 2004;volumen N#:4.p.12.
24. Marcús Juliana. Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. Revista argentina de sociología. 2006;. v.4 n.7 (ISSN 1669-3248).
25. Miller D. Adolescent Fathers : What We Know and What We Need to Know. Child and Adolescent Social Work Journal. 1997; 14(1):55–69.
26. Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. 2003. p. 29, 344.

27. Monsalvez AM, Valderrama N. Embarazo Adolescente-Promoción y Prevención. Chile crece contigo. Protección integral a la infancia. 2009; Volumen N#:1–33.
28. Montesinos Martínez, J.M.; Lozano Olivar A. M, Garcerán, C.; Cantero González ML. MCJL. Una explicación antropológica del embarazo en adolescentes en la comarca del mar menor y campo de cartagena *. Enfermería Global. 2002;N 1:1–8.
29. Nieto JA. Antropología de la Sexualidad y diversidad cultural. 2000. p. 1–220.
30. Noone J, Young HM. Preparing daughters: the context of rurality on mothers' role in contraception. The Journal of rural health : official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association [Internet]. 2009 Jan;25(3):282–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19566614>
31. Oñate V. Factores de Riesgo en Adolescentes Embarazadas atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga. 2011. p. 4–90.
32. Pacheco, Carlos. Rincón, Liz Johanna. Guevara, Eberto . Latorre, C. Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. Salud Pública de México. 2007; 49(24):45–51.

33. Gennari PJ. Adolescent Pregnancy in Developing Countries. *International Journal of Childbirth Education* |. 2013;28(1):57–63.
34. Pereira A. Relational Factors of Vulnerability and Protection for Adolescent Pregnancy: A cross-sectional comparative study of portuguese pregnant and nopregnant adolescents of low socioeconomic status. *Adolescence*. 2005;40(159):656–67.
35. Río, Roberto, Minassian M, Borgoño R. Embarazo adolescente. *Rev. Ped. Elec*. 2008;Volumen 5(1):42–51.
36. Río R Del, León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo Adolescente. *Rev. Ped. Elec*. [en 2008;Vol 5, N°1(ISSN 0718-0918 42):42–51.
37. Rosende GV. EMBARAZO ADOLESCENTE Y POBREZA RURAL *. *Revista Digital eRural, Educación, cultura y desarrollo rural* [Internet]. 2006;Año 4 N° 7(ISSN 0717-9898). Available from: <http://www.revistaerural.cl>
38. Saewyc EM. Influential Life Contexts and Environments for Out-of-Home Pregnant Adolescents. *Journal of Holistic Nursing* [Internet]. 2003 Dec 1 [cited 2013 Jul 24];21(4):343–67. Available from: <http://jhn.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0898010103258607>

39. Salette, Maria ;Bessa J. LA FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL COMO
POSIBILIDAD DE COMPRENSIÓN DE LAS VIVENCIAS DEL
EMBARAZO EN ADOLESCENTES. Rev Latino-am Enfermagem.
2006;14(6):4–8.
40. Saucedo JM. La familia su dinámica y tratamiento. Salud OP de la,
editor. 2003. p. 101 – 102.
41. Schneiderman G, Barrera M. Family traditions and generations. Family
& community health [Internet]. 2009;32(4):354–7. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19752638>
42. Secretaría del Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia (CNNA.
Niñas , Niños y Adolescentes. 2013 p. 61.
43. Solum B. Adolescencia y Juventud en America Latina. Libro
Universitario Regional. 2001. p. 26-508
46. Soto Maribel; Contreras Maria ;Moya Raul. LOS CAMBIOS EN EL
PROYECTO DE VIDA DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA. 2001.
p. 20.
47. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público : una
visión crítica *. Red de Revistas Científicas de America Latina, el
Caribe, España y Portugal. 1997;39:137–43.

48. Strachan, William; Gorey K. Infant Simulator Lifespace Intervention : Pilot Investigation of an Adolescent Pregnancy Prevention Program. Child and Adolescent Social Work Journal. 1997;14(3):171–80.
49. Sue Newman B, Campbell C. Intimate partner violence among pregnant and parenting Latina adolescents. Journal of interpersonal violence [Internet]. 2011 Sep [cited 2013 Mar 25];26(13):2635–57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21156697>
50. Téllez A. La Identidad Cultural en la Adolescencia. Revista de la Universidad Miguel Hernández,Elche(Alicante). 2000;Volumen N#:1–10.
51. Vera Pérez, J.A; Montesinos Martinez, J.M; Lozano Olivar, A; Martinez Gacerán CCGMLMCJL. Una explicación antropológica del embarazo en adolescentes en la comarca del mar menor y campo de cartagena *. Enfermeria Global. 2012; Volumen N#:1–8.
53. Victoria Nelvio, Agudelo L. El mundo afectivo de la adolescente embarazada *. Universidad de Caldas – Manizales - Colombia.; 2002. p. 10–22.
54. Wiemann CM, Agurcia C a., Rickert VI, Berenson AB, Volk RJ. Absent Fathers as Providers: Race/Ethnic Differences in Support for Adolescent Mothers. Child and Adolescent Social Work Journal

- [Internet]. 2006 Nov 14 [cited 2013 Mar 26];23(5-6):617–34. Available from: <http://www.springerlink.com/index/10.1007/s10560-006-0078-1>
55. Winker, Maria ; Pérez C; LLu. ¿ Embarazo Deseado o No Deseado ? : Representaciones Sociales del Embarazo Adolescente , en Adolescentes Hombres y Mujeres Habitantes de la Comuna de Talagante , Región Metropolitana Wanted or Unwanted Pregnancy ? : Social Representations of Adolescent Preg. Terapia Psicológica. 2005;23:19–31.
56. Xitlali M, Rivas M. Percepcion de la familia enfermedad crónica. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. [Internet]. 2011;14(4):268–94. Available from: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin
57. Yordan EE, Yordan R a. An overview of adolescent pregnancy. Journal of pediatric and adolescent gynecology [Internet]. 1996 Aug;9(3):111–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8795785>

14. ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Yo _____ estoy plenamente de acuerdo en participar en la investigación de las Dras. Blanca Aigaje Díaz y Gabriela Suárez Chamba, sobre Respuesta familiar a embarazos adolescentes atendidas en el Hospital Pedro Vicente Maldonado, una vez que se me expliquen los objetivos, propósitos y beneficios que reporta dicha investigación desde el punto de vista social y humano. Se me ha comunicado que toda información y los procedimientos a los cuales me expongo se utilizarán únicamente con fines investigativos.

Firma de la adolescente embarazada

Firma del padre o familiar

Anexo 2

INSTRUMENTO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR

ENTREVISTA

Objetivo de la Entrevista:

Tiene la finalidad de recolectar la información sobre la respuesta de las Familias de las Adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Pedro Vicente Maldonado

Instrucciones:

Las preguntas se realizaran a las adolescentes y sus familiares, sin embargo se puede intercalar preguntas dependiendo del matiz que vaya tomando la entrevista.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Nombre de la adolescente embarazada: _____

Edad: _____

Ocupación: _____

Qué persona es la responsable de la mayor parte de su apoyo financiero?'

Número de personas que conviven con la adolescente embarazada:

Parentesco de las personas que conviven con la adolescente embarazada:

Número de generaciones que conviven con la adolescente embarazada:

2. ESCOLARIDAD COMPLETA INCOMPLETA

 Primaria () ()

 Secundaria ()()

 Ninguna ()()

3. ESTADO CIVIL:

 Casada ()

 Soltera ()

 unión libre ()

4. A QUÉ PERSONA ACUDIÓ EN EL MOMENTO EN QUE SE DIO CUENTA DE SU ESTADO:

5. QUÉ SINTIÓ CUANDO SE ENTERO DE SU EMBARAZO

6. COMO FUE LA RELACIÓN DE SUS PADRES AL CONOCER SU EMBARAZO

7. SU PAREJA ASUMIÓ LA RESPONSABILIDAD DE TENER UN HIJO

8. EL EMBARAZO FUE MOTIVO DE ABANDONO DE SUS ESTUDIOS

SI

NO

PORQUÉ: _____

9. PENSO EN UN ABORTO

SI

NO

POR QUE: _____

10. CREE USTED QUE LA ADOPCIÓN ES UNA MANERA DE
SOLUCIONAR EL PROBLEMA

SI

NO

POR QUE: _____

11. COMO ES LA RELACION CON SUS FAMILIARES

12. ACTUALMENTE TIENE PROBLEMAS, DE QUÉ TIPO SON:

13. SABE QUÉ COMPLICACIONES PUEDE TENER DURANTE EL EMBARAZO.

14. EL SER MADRE ADOLESCENTE LE HA DIFICULTADO PARA CONSEGUIR TRABAJO EN EL ÚLTIMO AÑO

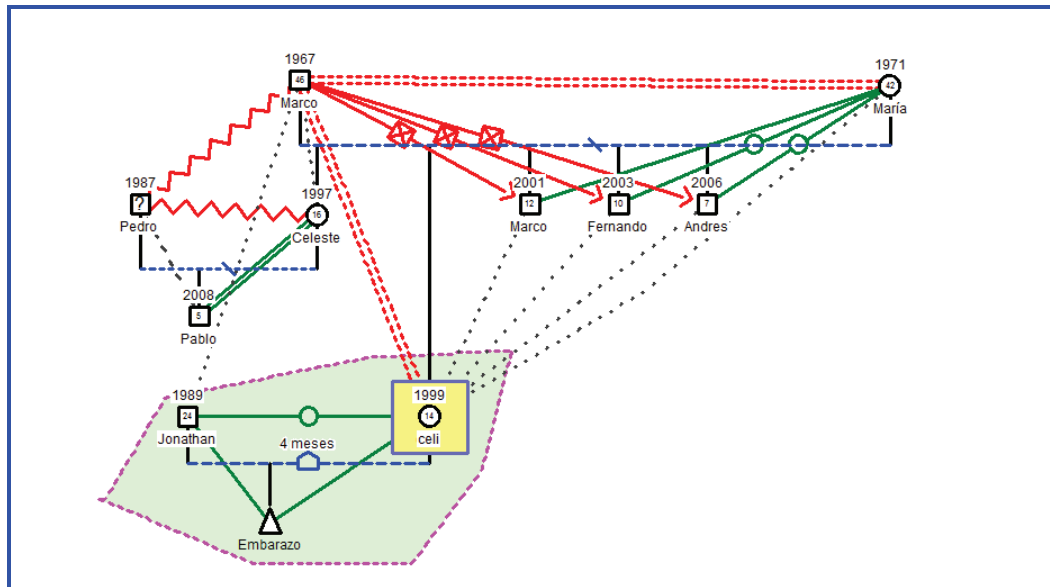
SI NO NO HA BUSCADO

15. SE HA SENTIDO RECRIMINADA AL REGRESAR A SUS ESTUDIOS

Anexo 3

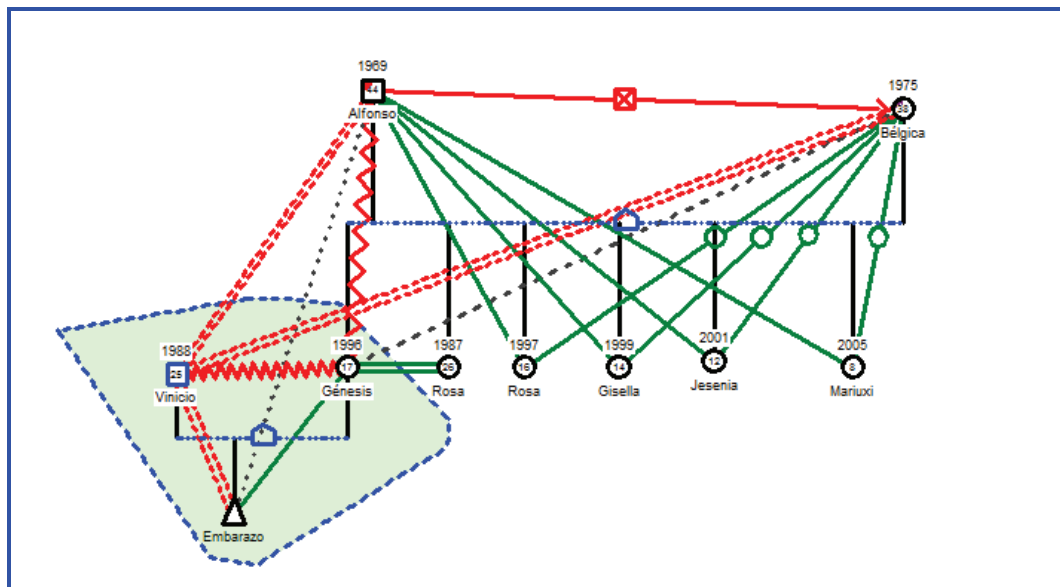
FAMILIOGRAMAS

FAMILIA #2



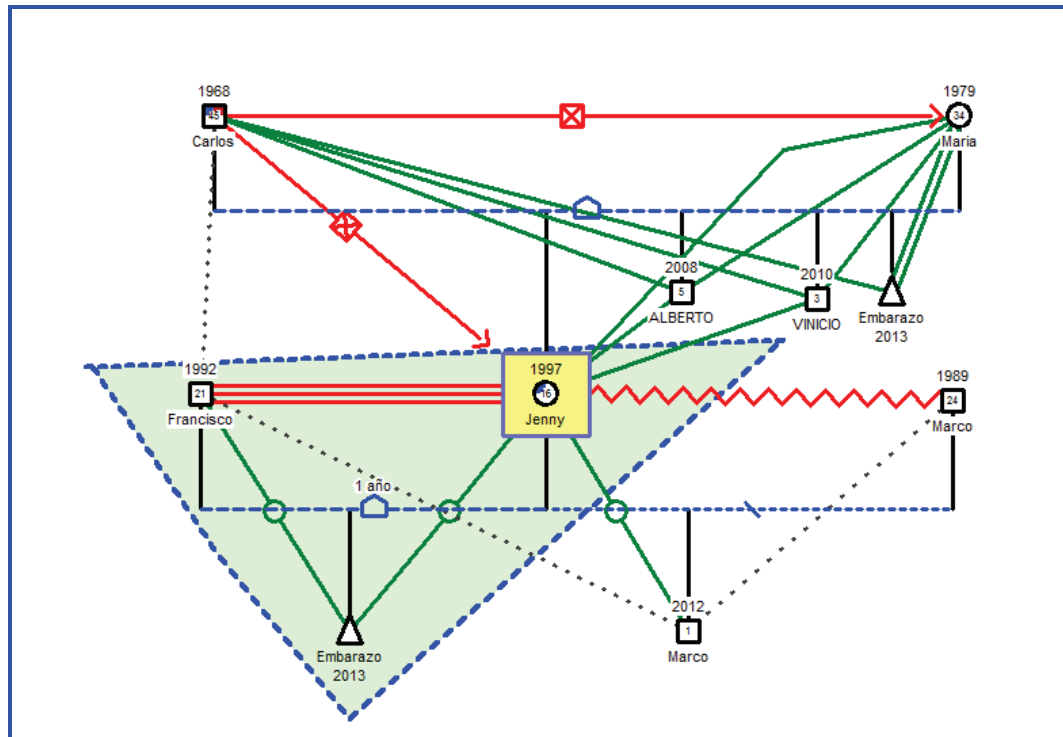
Fuente: Familiograma Geno-Pro Realizado por: Aigaje Blanca y Gabriela Suárez

FAMILIA N# 3



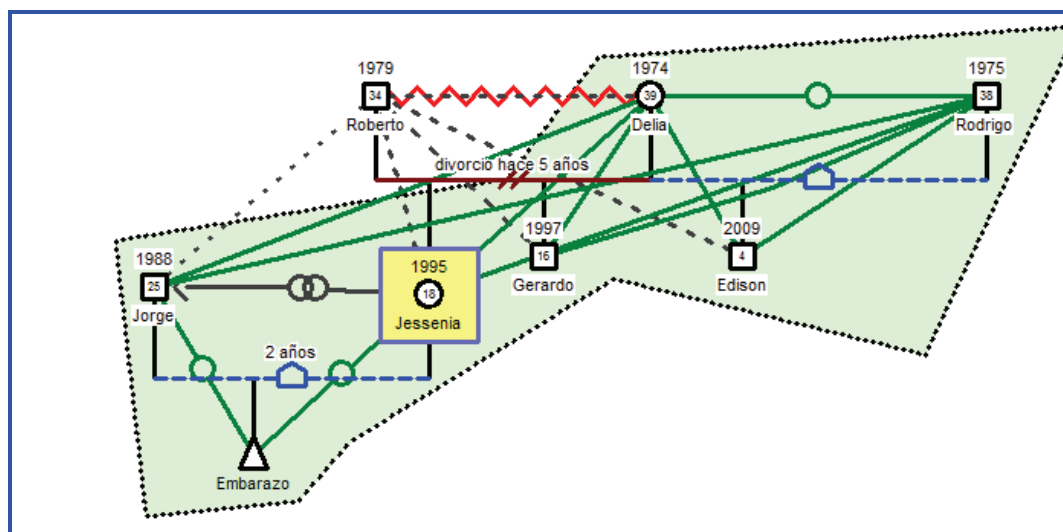
Fuente: Familiograma Geno-Pro Realizado por: Aigaje Blanca y Gabriela Suárez

FAMILIA N# 4



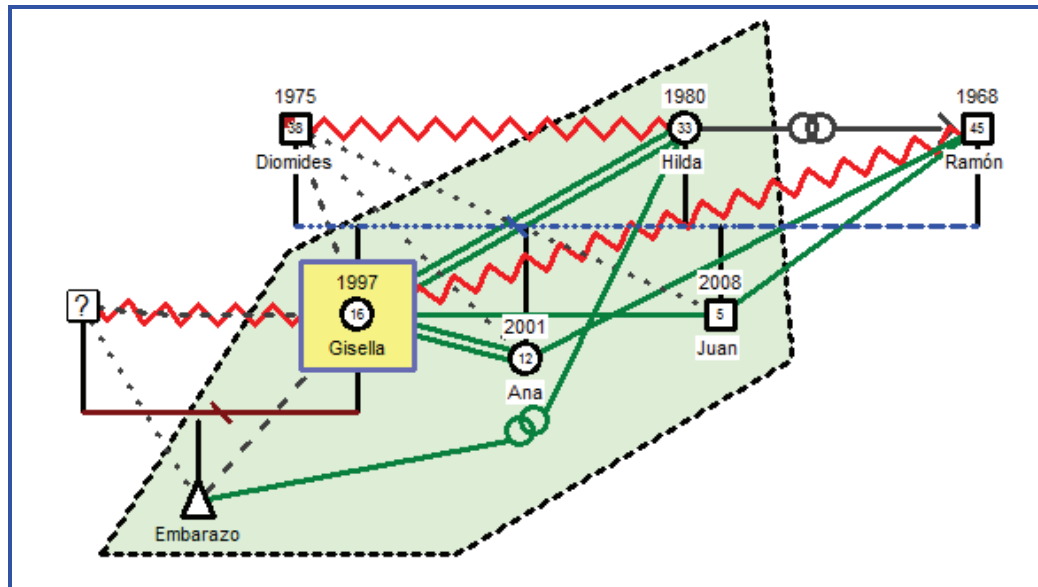
Fuente: Familiograma Geno-Pro Realizado por: Aigaje Blanca y Gabriela Suárez

FAMILIA N#6



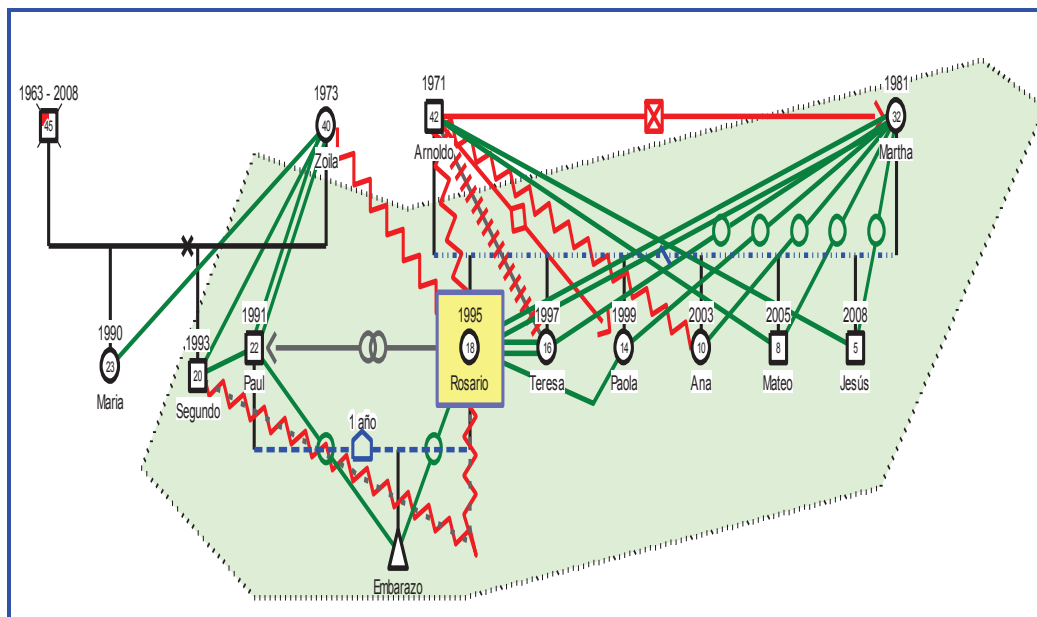
Fuente: Familiograma Geno-Pro Realizado por: Aigaje Blanca y Gabriela Suárez

FAMILIA N# 7



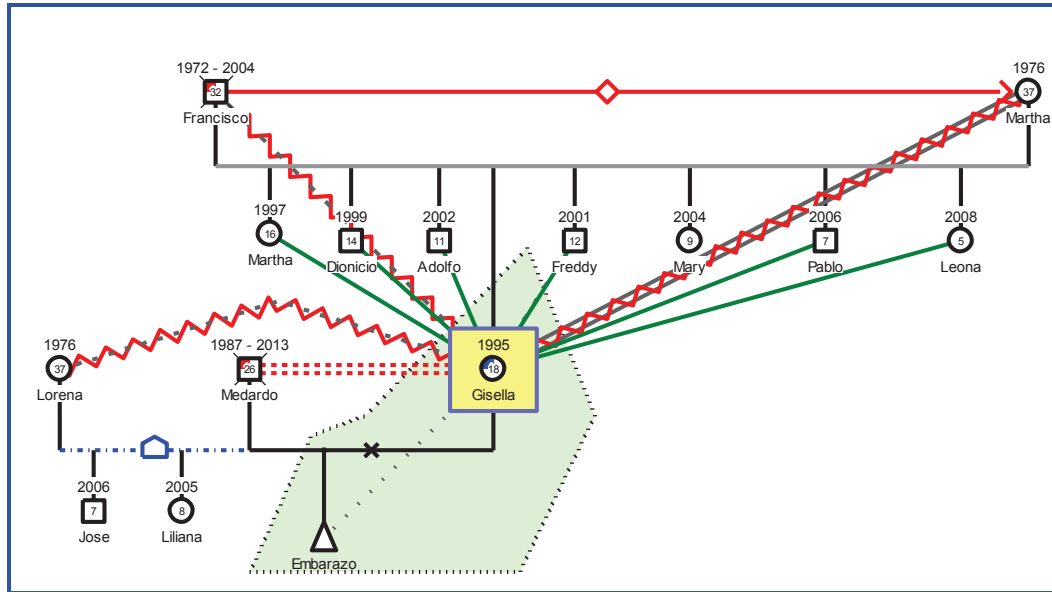
Fuente: Familiograma Geno-Pro Realizado por: Aigaje Blanca y Gabriela Suárez

FAMILIA N# 9



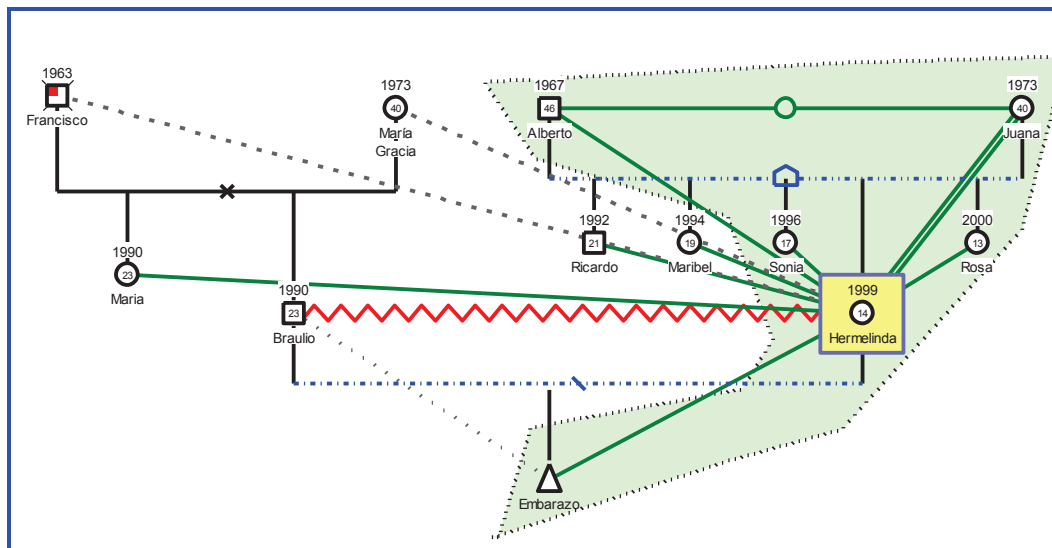
Fuente: Familiograma Geno-Pro Realizado por: Aigaje Blanca y Gabriela Suárez

FAMILIA N# 10



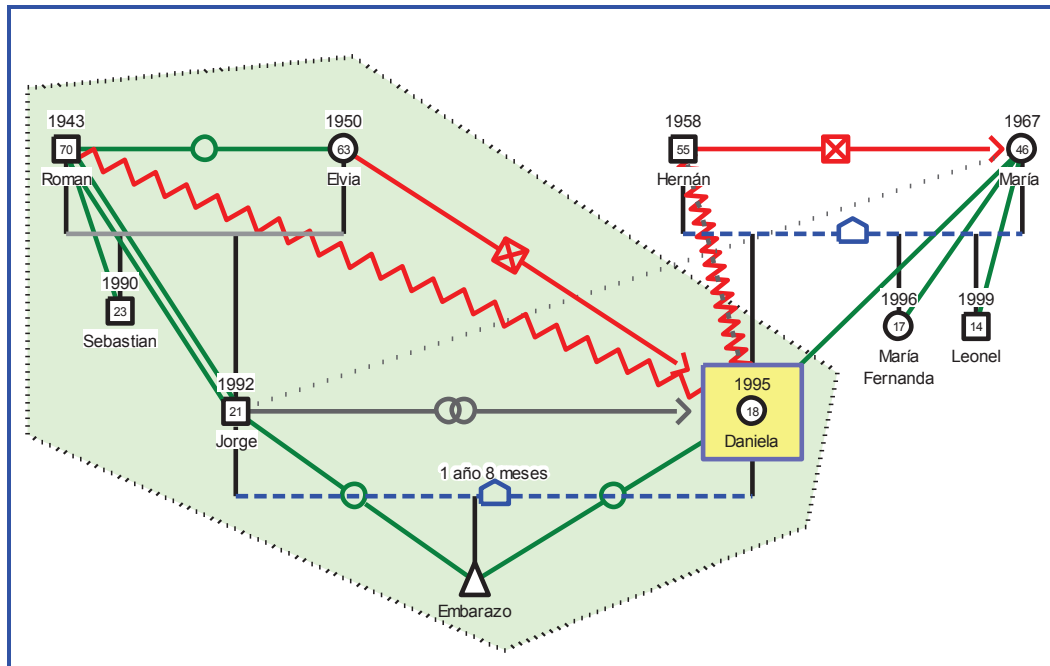
Fuente: Familiograma Geno-Pro Realizado por: Aigaje Blanca y Gabriela Suárez

FAMILIA N# 11



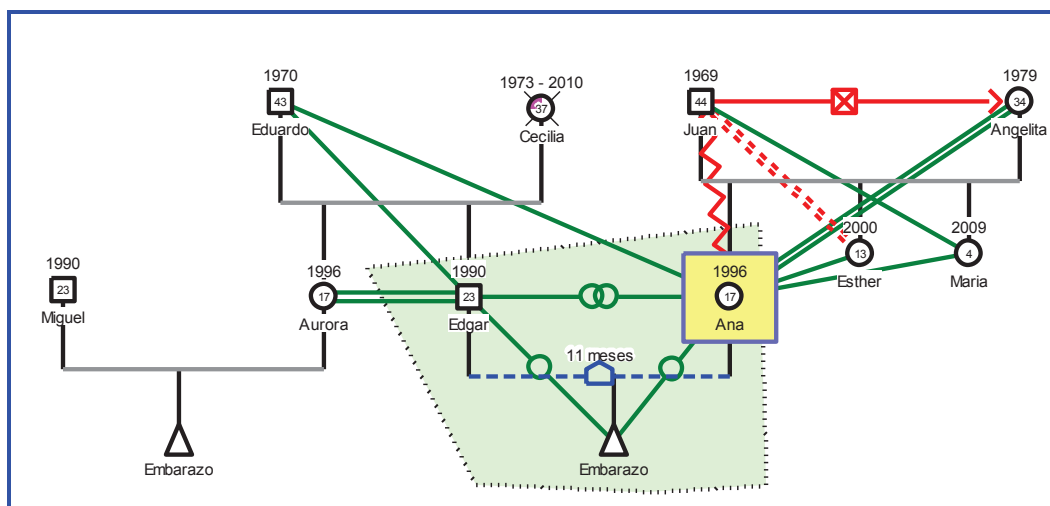
Fuente: Familiograma Geno-Pro Realizado por: Aigaje Blanca y Gabriela Suárez

FAMILIA N# 12



Fuente: Familiograma Geno-Pro Realizado por: Aigaje Blanca y Gabriela Suárez

FAMILIA N# 13

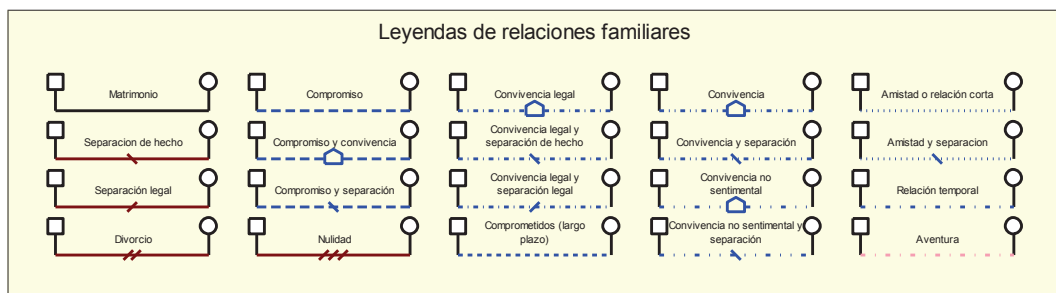
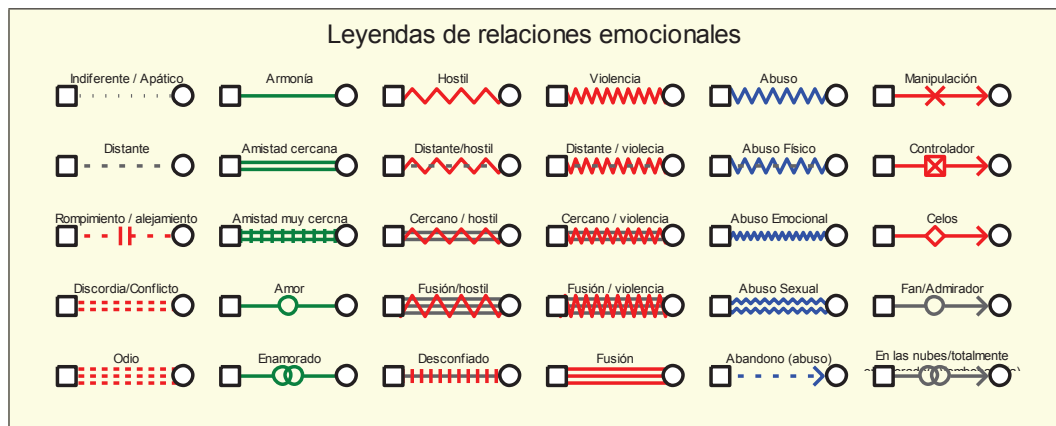
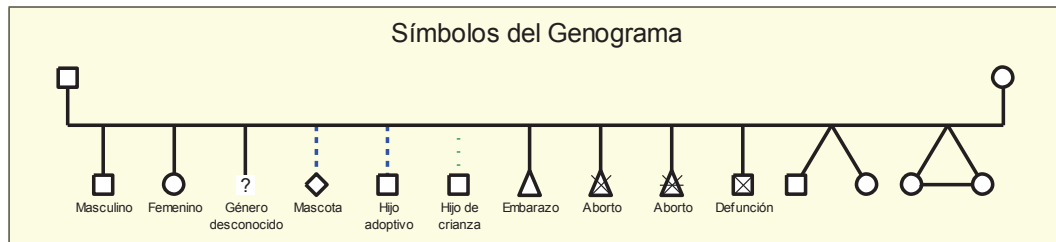


Fuente: Familiograma Geno-Pro Realizado por: Aigaje Blanca y Gabriela Suárez

[illegible]

79

SÍMBOLOS DE FAMILIOGRAMA GENO-PRO



ANEXO 4

CATEGORIAS DE INFORMACIÓN QUE APORTARON LOS FAMILIOGRAMAS							
FAMILIA	CICLO VITAL FAMILIAR	PATRONES REPETITIVOS DE FUNCIONAMIENTO	EXPERIENCIAS VITALES	PATRONES DE RELACIONES FAMILIARES	EQUILIBRIO O DESEQUILIBRIO FAMILIAR	PATRONES FENOMENOLÓGICOS	PARTICULARIDADES
ANDRADE ERAZO FAMILIA No 1	en plataforma de lanzamiento	Unión libre de poca duración Padre abandona el hogar Violencia intrafamiliar	Embarazo no planificado, enfermedad del abuelo Sufrimiento por abandono de la jerarquía Madre sola abandona de la tarea paternal	Remarcación del rol de madre y ama de casa. Jerarquía adoptada por la madre.	La madre se encarga del funcionamiento y administración de recursos económicos.	1. madre y hermanas se embarazan en la adolescencia 2. por embarazo abandono sus estudios 3. embarazo no planificado 4. conoce métodos anticonceptivos pero no los usa 5. oculta el embarazo, lora no come por dos meses 6. el padre culpabiliza a la madre del embarazo de su hija 7. se ratifica el rol de la paciente por parte de todo el sistema 8. se acabó el estudio y se acabaron sus sueños 9. pareja culpabiliza por el embarazo	La madre asume la responsabilidad de los cuidados físicos y psicológicos de la embarazada Madre y sus familiares obligan a la pareja a estar juntos para aparentar ante sociedad. La madre de la embarazada asume los gastos de la pareja de su hija con el fin de que no la abandone.
RUBI FAMILIA No 2	Familia en formación	Unión libre de poca duración Jerarquía esta en el hombre Violencia intrafamiliar	embarazo no planificado, huye del hogar hace dos meses. Sufrimiento por la separación de sus padres y hermanos	Al momento sin relaciones está alejada de su familia y aun no conoce a sus vecinos	se ratifica el rol de madre y ama de casa. Recursos económicos manejados por el hombre marido	1. madre y hermanas se embarazan en la adolescencia 2. por embarazo abandono sus estudios 3. embarazo no planificado 4. conoce métodos anticonceptivos pero no los usa 5. huye de casa por miedo a sus padres 6. el padre culpabiliza a la madre del embarazo de su hija 7. se ratifica el rol de la paciente por parte de todo el sistema 8. se acabo el estudio y se acabaron sus sueños	Pareja asume la responsabilidad y huye con el por no enfrentar a sus padres, aún no se realiza ningún control prenatal.
MALAGON ESPIN FAMILIA No 3	familia en formación	Unión libre. Problema de alcoholismo de la pareja.	Embarazo no planificado, es migrante.	Remarque del rol de madre y ama de casa Es una diada con interacción intensa. Rechazo al hijo por parte de padre	La jerarquía está en la pareja, quien maneja la economía.	1. Madre y hermanas se embarazan en la adolescencia 2. Embarazo no planificado 3. conoce métodos anticonceptivos pero no los usa 4. Oculta el embarazo, por tres meses, sufre, le da miedo 5. El padre culpabiliza a la madre del embarazo de su hija 6. Se ratifica el rol de la paciente por parte de todo el sistema 8. Pareja culpabiliza por el embarazo	La Hermana asume la responsabilidad de los cuidados físicos y psicológicos de la embarazada Continúa sus estudios con el apoyo económico de su hermana mayor A pesar del embarazo continúa con sus sueños Pareja asume la responsabilidad solo económicamente.
FIGUEROA COBEÑA FAMILIA No 4	familia que espera hijos	Unión libre Relación de dependencia por parte de la esposa	Embarazo no planificado, es migrante.	Apoyo constante de la familia de origen.	La jerarquía está en la pareja quien maneja la economía. No negociación de futuras responsabilidades en el hogar.	1.- Madre y hermanas se embarazan en la adolescencia 2.- Se casa para huir de la familia 3.- conoce métodos anticonceptivos pero no los usa 4.- Se ratifica el rol de la paciente por parte de todo el sistema 5.- La madre asume la responsabilidad de los cuidados físicos y psicológicos de la embarazada 6.- No proveen nuevas necesidades económicas	Paciente continúa con sus estudios, aunque no tiene un plan de cuidados con su hijo. Planifica el embarazo con su nueva pareja.
MELENDEZ MONTES FAMILIA No 5	hijos: Familia que espera hijos: embarazo	Divorcio	Embarazo no planificado Separación de los padres	Apoyo por parte de su padre	Necesidades económicas a cargo del padre de la embarazada	1.- Madre se embarazan en la adolescencia 2.- Padre culpabiliza a la madre del embarazo 3.- Embarazo no planificado 4.- Conoce métodos anticonceptivos pero no los usa 5.- Oculta su embarazo por tres meses, lora, siente miedo 6.- Se ratifica el rol de la paciente por parte de todo el sistema	Padre sueña con su hija profesional y la apoyara para sus estudios Padre dice "Mientras yo trabaje ella seguirá estudiando"
MORETA LALANGUI FAMILIA No 6	familia con hijos adolescentes	Divorcio	Embarazo no planificado Divorcio de sus padres	Buena relación con su padrastro	Cambio de jerarquía de su padre a su padrastro Remarcación del rol de madre y ama de casa Recursos económicos manejados por el hombre marido	1.- Madre y hermanas se embarazan en la adolescencia 2.- Por embarazo abandono sus estudios 3.- Embarazo no planificado 4.- Conoce métodos anticonceptivos pero no los usa 5.- El padre culpabiliza a la madre del embarazo de su hija 6.- Se ratifica el rol de la paciente por parte de todo el sistema 7.- Se acabo el estudio y se acabaron sus sueños	Pareja asume la responsabilidad solo económicamente, abandono de la tarea paternal.
ZAMBRANO MOREIRA FAMILIA No 7	Con hijos adolescentes	Violencia intrafamiliar divorcio	Embarazo no planificado mala relación con el novio de su mamá. Su pareja la abandona.	Buena relación con su mamá y sus hermanos	Jerarquía en su madre.	1.- madre se embarazan en la adolescencia 2.- por embarazo abandono sus estudios 3.- embarazo no planificado 4.- conoce métodos anticonceptivos pero no los usa 6.- el padre culpabiliza a la madre del embarazo de su hija 7.- se ratifica el rol de la paciente por parte del sistema. 8.- se acabó el estudio y se acabaron sus sueños 9.- la pareja la culpabiliza por el embarazo	Indiferente con su bebe,

CATEGORIAS DE INFORMACIÓN QUE APORTARON LOS FAMILIOGRAMAS							
FAMILIA	CICLO VITAL FAMILIAR	PATRONES REPETITIVOS DE FUNCIONAMIENTO	EXPERIENCIAS VITALES	PATRONES DE RELACIONES FAMILIARES	EQUILIBRIO O DESEQUILIBRIO FAMILIAR	PATRONES FENOMENOLÓGICOS	PARTICULARIDADES
YEPEZ JARA FAMILIA No 8	con Hijos preescolares	Violencia intrafamiliar Divorcio	Difícil convivencia con familia extensa	Jerarquía en su cuñado	Incomodidad de la embarazada por jerarquía por parte de su cuñado	1.- Madre y hermanas se embarazan en la adolescencia 2.- Por embarazo abandono sus estudios 3.- Se casa para huir de su hogar y huir de la violencia 4.- Conoce métodos anticonceptivos pero no los usa 5.- El padre culpabiliza a la madre del embarazo de su hija 6.- Se ratifica el rol de la paciente por parte de todo el sistema 7.- Se acabo el estudio y se acabaron sus sueños.	Planifica su embarazo. La cuñada asume la responsabilidad de los cuidados físicos y psicológicos de la embarazada
RAMIREZ CAMPOVERDE FAMILIA No 9	Familia que espera hijos	Separación de sus padres.	Sufrimiento por la separación de sus padres y hermanos	Al momento no tiene buena relación con el cuñado.	Problemas en la estructura y funcionamiento Madre y tío no tienen buenas relaciones	1.- Madre y hermanas se embarazan en la adolescencia 2.- Por embarazo abandono sus estudios 3.- Embarazo no planificada 4.- Conoce métodos anticonceptivos pero no los usa 5.- Huye de casa por miedo a sus padres 6.- el padre culpabiliza a la madre del embarazo de su hija 7.- Se ratifica el rol de la paciente por parte de todo el sistema 8.- Se acabo el estudio y se acabaron sus sueños	Padres de acuerdo con el embarazo Madre apoyara con el cuidado de su hijo Buena aceptación de sus padre a sus hijos
PALACIOS CONFORME FAMILIA No 10	persona sin familia	violencia intrafamiliar abuso físico y sexual en la niñez.	Intento autolítico Traición por parte de su pareja.	Al momento sin redes de apoyo. Conflicto con los hermanos de su pareja.	En cuanto a la estructura, su pareja fallece, y en ese momento se entera que era casado.	1.- madre se embarazan en la adolescencia 2.- por embarazo abandono sus estudios 3.- Embarazo no planificado 4.- Conoce métodos anticonceptivos pero no los usa 5.- Se ratifica el rol de la paciente por parte del sistema. 6.- Se acabó el estudio y se acabaron sus sueños. 7.- Huye de casa	Intento autolítico pareja fallece. Indiferencia con su hijo.
CEDEÑO BAUTISTA FAMILIA No 11	hijos en etapa de lanzamiento	Ninguno	Embarazo no planificado Madre sola Abandono de la tarea paternal Rechazo al hijo	Apoyo total de familia de origen	Desequilibrio en recursos económicos	1.- Madre se embarazan en la adolescencia 2.- Por embarazo abandono sus estudios 3.- Embarazo no planificada 4.- Conoce métodos anticonceptivos pero no los usa 5.- Huye de casa por miedo a sus padres 6.- Se ratifica el rol de la paciente por parte de todo el sistema 8.- Se acabo el estudio y se acabaron sus sueños 9.- Oculta su embarazo por tres meses, llora, siente miedo	Apoyo total de sus padres y hermanos La madre asume la responsabilidad de los cuidados físicos y psicológicos de la embarazada
QUEZADA CHUQUIMA FAMILIA No 12	Familia en plataforma de lanzamiento	violencia intrafamiliar.	Embarazo no planificado. Mala relación con su suegro.	buena relación con su suegra. Apoyo de su hermana	Jerarquía en su suegro.	1.- madre y hermanas se embarazan en la adolescencia 2.- por embarazo abandono sus estudios 3.- embarazo no planificado 4.- conoce métodos anticonceptivos pero no los usa 6.- el padre culpabiliza a la madre del embarazo de su hija 7.- se ratifica el rol de la paciente por parte de todo el sistema 8.- se acabó el estudio y se acabaron sus sueños	pareja asume la responsabilidad del hijo.
FARIAS RODRIGUEZ FAMILIA No 13	Familia que espera hijos: embarazo	Violencia intrafamiliar	Embarazo no planificado	Relación estresante con su madre por embarazo	Factores económicos, límites muy permeables	1.- Madre y hermanas se embarazan en la adolescencia 2.- Por embarazo abandono sus estudios 3.- Embarazo no planificada 4.- Conoce métodos anticonceptivos pero no los usa 5.- Huye de casa por miedo a sus padres 6.- El padre culpabiliza a la madre del embarazo de su hija 7.- Se ratifica el rol de la paciente por parte de todo el sistema 8.- se acabo el estudio y se acabaron sus sueños 9.- la pareja culpabiliza a la mujer por el embarazo y la abandona	Pareja asume la responsabilidad y huye con el por no enfrentar a sus padres La madre le obliga a que aborte Huye de casa para evitar el aborto Intenta el suicidio por impulso A los seis meses que regresa a casa, la madre asume la responsabilidad de los cuidados físicos y psicológicos de la embarazada.

ANEXO 5



Fotografía No. 1



Fotografía No. 2



Fotografía No. 3

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo va dirigido con expresión de infinita gratitud para:

Dios por darnos la oportunidad de vivir y la capacidad para enfrentarnos a los desafíos que se presentan diariamente en nuestras vidas.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y al Hospital Docente Pedro Vicente Maldonado y todos sus maestros que con nobleza y entusiasmo vertieron sus sabios conocimientos en nosotros.

Al Dr. Diego Herrera por ser además de un excelente maestro, un buen amigo. Gracias por sus oportunas palabras de motivación.

A la Dra. Susana Alvear quien nos ha brindado todos sus conocimientos y apoyo para poder culminar esta especialidad.

A los doctores: Edgar Rojas, Katy Segarra y por su invalorable contribución en el desarrollo de este trabajo.

A la Sra. Teresita Lara; cuya paciencia, estímulo y comprensión apreciamos considerablemente.

A los pacientes: quienes son los que realmente nos han dado las enseñanzas que utilizaremos para el bien de nuestro prójimo.

Nuestros amigos con quienes hemos compartido alegrías, triunfos y penas; sin lugar a duda estás tú, gracias por tu apoyo incondicional amiga.

Blanca Aigaje y Gabriela Suárez.

DEDICATORIA

A mi amado esposo que ha sido el impulso durante toda mi carrera y el pilar principal para la culminación de la misma, que con su apoyo constante y amor incondicional ha sido amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento.

A mi precioso hijo Ricardo José para quien ningún sacrificio es suficiente, que con su luz ha iluminado mi vida y hace mi camino más claro.

A mis padres que con su amor y enseñanza han sembrado las virtudes que se necesitan para vivir con anhelo y felicidad.

A mis hermanos y cuñados por su ayuda y apoyo incondicional que me brindaron en los momentos que más lo necesité, gracias por sus palabras de aliento y fe en mí.

A mis sobrinos que de una u otra forma me ayudaron y participaron para que lograra el presente éxito profesional.

A mis compañeros /as de trabajo y estudio por su apoyo moral y ayuda constante.

A mi compañera de tesis por su comprensión y que a pesar de todos los obstáculos que se nos presentaron logramos el objetivo final.

Blanca Aigaje Díaz.

DEDICATORIA

A Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante.

Para mis padres por consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles.

A mis hermanos: Pablo, Edison, Jonathan, Andrea, Kathy, Danny, y David por estar siempre presentes, por el apoyo moral que siempre he recibido de ustedes.

A mis sobrinos: Gabriel, Amelí, Dayonel, quienes han sido y son mi Motivación, inspiración y felicidad. El estar con ustedes, hace que cada día sea único.

A mi familia en general, porque me han brindado su cariño incondicional.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”. Thomas Chalmers

Gaby Suárez Ch.